



UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Perfil Epidemiológico de Salud Bucal de los pacientes del Centro de Salud N°4 “Tandacatu” de Cuenca 2012

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORAS: MARÍA PAZ IÑIGUEZ TAMAYO
DANIELA LISSETH MÉNDEZ VILLAVICENCIO

DIRECTOR: DR. OSWALDO MUÑOZ AVILÉS

CUENCA – ECUADOR
Julio, 2014

RESPONSABILIDAD

Los conceptos vertidos dentro de este trabajo son exclusivamente de responsabilidad de las autoras.

DEDICATORIA

María Paz:

A mi madre, porque es un pilar fundamental en mi vida al apoyarme en cada etapa y poder contar siempre con su apoyo incondicional. Gracias por hacer que siempre cumpla mis sueños y nunca rendirme. A mi padre, aunque no esté físicamente, ha sido la persona a la cual le debo todo lo que soy. A mi hermana que me ha apoyado toda mi vida y a mi amiga, hermana y colega Daniela Méndez, por ser la persona con la que he compartido buenos y malos momentos y porque la realización de este trabajo significa un logro cumplido.

Daniela:

A mis padres, porque este trabajo significa el cierre de una etapa de mi vida, el inicio de otra y el cumplimiento de una gran meta. Gracias por hacer todo lo posible para que yo alcanzara mis sueños y por motivarme siempre a seguir adelante. Gracias a mis hermanos que me han apoyado incondicionalmente a lo largo de mi vida y de mi formación profesional. A mi amiga y compañera de trabajo María Paz, por estos 18 años de amistad y porque trabajar juntas en este proyecto significó un complemento y una excelente compañía.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a la Dra. Elba Gavilánez, Directora del Centro Salud “Tandacatu” y a la Dra. Gabriela Sarmiento, Odontóloga del mismo, por facilitarnos el acceso al centro de salud y a las historias clínicas de los pacientes. A los docentes de la Facultad de Odontología, Dr. Oswaldo Muñoz, Dra. Gladys Moreno, Dra. Andrea Carvajal y Dr. Diego Cobos, por guiarnos durante la elaboración del proyecto de investigación.

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁG.
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 Motivo de Consulta.....	4
2.2 Signos y Síntomas de Enfermedad Bucal.....	4
2.2.1 Recesión Gingival.....	4
2.2.2 Movilidad Dental.....	5
2.3 Factores Etiológicos y de Riesgo.....	5
2.3.1 Placa Bacteriana.....	5
2.3.2 Cálculo Dental.....	6
2.4 Índices CPO – ceo.....	7
2.4.1 Índice CPO.....	7
2.4.2 Índice ceo.....	8
2.5 Patologías Orales.....	8
2.5.1 Caries Dental.....	8
2.5.2 Enfermedad Periodontal.....	9
2.5.2.1 Gingivitis.....	9
2.5.2.2 Periodontitis.....	9
2.5.3 Patologías Pulpares.....	10
2.5.3.1 Pulpitis Reversible.....	10
2.5.3.2 Pulpitis Irreversible.....	10
2.5.3.3 Necrosis Pulpar.....	10
2.5.3.4 Absceso Periapical.....	11
2.5.4 Otras Patologías Orales.....	11

3. OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo General.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
4.1 Tipo de estudio.....	13
4.2 Universo y muestra.....	13
4.3 Unidad de análisis y observación.....	13
4.4 Variables del estudio.....	13
4.5 Metodología.....	15
4.6 Métodos estadísticos y de análisis.....	15
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	15
5.1 Motivo de Consulta.....	15
5.2 Signos y Síntomas de Enfermedad Bucal.....	16
5.2.1 Recesión Gingival.....	16
5.2.2 Movilidad Dental.....	16
5.3 Factores Etiológicos y de Riesgo.....	17
5.3.1 Placa Bacteriana.....	17
5.3.2 Cálculo Dental.....	18
5.4 Índices CPO – ceo.....	18
5.4.1 Índice CPO.....	18
5.4.2 Índice ceo.....	18
5.5 Patologías Orales.....	19
5.5.1 Caries Dental.....	19
5.5.2 Enfermedades Periodontales.....	20
5.5.2.1 Gingivitis.....	20
5.5.2.2 Periodontitis.....	20
5.5.3 Patologías Pulpares.....	21
5.5.3.1 Pulpitis Reversible.....	21
5.5.3.2 Pulpitis Irreversible.....	21

5.5.3.3	Necrosis Pulpar.....	21
5.5.3.4	Absceso Periapical.....	21
5.6	Otras Patologías Orales.....	22
6.	DISCUSIÓN.....	23
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	31
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA.....	33
8.1	Referencias Bibliográficas.....	33
8.2	Bibliografía.....	37
9.	ANEXOS.....	40
9.1	Fórmula para la obtención de la muestra.....	40
9.2	Formulario de recolección de datos.....	41
9.3	Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.....	43
9.4	Limitaciones para la recopilación de datos.....	45
9.5	Perfil Epidemiológico de Patologías Bucales.....	46
9.6	Manual de Historia Clínica Única de Odontología.....	47

Resumen

Un perfil epidemiológico expresa las condiciones de salud y enfermedad de cierto grupo o población en un tiempo y lugar determinados. Los factores de riesgo indican la probabilidad de padecer patologías bucales; los mismos que están asociados a la ocurrencia de la enfermedad y sus consecuencias. Para ello, se revisaron 3500 historias clínicas registradas en el Centro de Salud “Tandacatu” durante el año 2012; de estas se escogieron aleatoriamente una de cada diez historias clínicas hasta completar la muestra de 342; con las mismas se clasificó la información obtenida y se estableció una descripción estadística de la prevalencia de patologías. El perfil epidemiológico se presentó a través de motivo de consulta, antecedentes personales, ubicación de lesiones en la cavidad oral, signos y síntomas de enfermedad bucal como recesiones gingivales y movilidad dental, factores etiológicos y de riesgo como depósitos de placa bacteriana y cálculo dental, y patologías bucales como caries, gingivitis, periodontitis, etc. Los motivos de consulta más frecuentes fueron por revisión dental 50%, dolor dental 30% y para “curarse los dientes”, haciendo referencia a operatorias dentales 12%; los menos frecuentes fueron por estética, sangrado de encías y presencia de pus. La caries dental y la enfermedad periodontal fueron las patologías de mayor prevalencia en los pacientes, seguido de las patologías pulpares (pulpitis reversible, irreversible, necrosis pulpar y absceso periapical). Las patologías menos frecuentes fueron erosión dental, herpes labial, alveolitis y anquilosis. La mayoría de las patologías se presentaron en pacientes mayores de 20 años, debido a que este rango de edad es amplio en comparación con los demás rangos de la historia clínica.

Palabras clave: Perfil Epidemiológico / Salud Bucal / Riesgo

Abstract

An epidemiological profile expresses the health and disease conditions of a group or population at a certain time and place. Risk factors indicate the probability of developing oral pathologies; the same that are associated with the occurrence of the disease and its consequences. For that, 3500 medical records of the registered in "Tandacatu" Health Center during 2012 were reviewed; of these were chosen at random one of ten medical records to complete the sample of 342; these information were qualified and a statistical description of the prevalence of diseases was established. The epidemiological profile was presented by chief complaint, medical history, the location of lesions in the oral cavity, oral pathology's signs and symptoms like gum recession and tooth mobility, etiological and risk factors like storage of dental plaque and calculus, and oral diseases such as caries, gingivitis, periodontitis, etc. The most frequent reasons for consultation were for dental checkup 50%, 30% dental pain and to "heal the teeth", referring to dental operator 12%; the least common were for aesthetics, bleeding gums and presence of pus. Dental caries and periodontal disease were the most prevalent diseases in patients, followed by pulp pathology (reversible pulpitis, irreversible pulpitis, pulp necrosis and periapical abscess). Less common diseases were dental erosion, cold sores, alveolitis dental and ankylosis dental. Most of pathologies occurred in patients older than 20 years, because this age range is more extensive than the other ranges of the medical record.

Key Words: Epidemiological profile / Oral Health / Risk

1. INTRODUCCIÓN

Un perfil epidemiológico expresa las condiciones de salud y enfermedad de cierto grupo o población en un tiempo y lugar determinado. Los factores de riesgo indican la probabilidad de padecer patologías bucales; los mismos que están asociados a la ocurrencia de la enfermedad y sus consecuencias. Su conocimiento es importante para la toma de decisiones tanto en programas de promoción de la salud como en la prestación de servicios. (Muñoz O., 2006).

La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de países industrializados, llegando a afectar entre el 60% y 90% de la población escolar y adulta. Estudios realizados en algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informan que entre 85% y 97% de la población presentan esta enfermedad (Tascon y Cabrera, 2005).

La importancia de este perfil epidemiológico radica en que se describe información del comportamiento de los eventos de interés en salud pública y contribuye a la planificación, programación y especialmente a la toma de decisiones clínico-terapéuticas, así como de vigilancia y control epidemiológico y administrativo.

El diagnóstico se realizó con información real, actualizada, de fuentes directas (historias clínicas del año 2012, elaboradas por los odontólogos que trabajan en el Área de Salud N°4 "Tandacatu") y de fuentes indirectas (bibliografía, registros, informes, publicaciones, entre otras).

2. MARCO TEÓRICO

El perfil epidemiológico es una dimensión de la Epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías y a la vez expresa la relación salud – enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas. Identifica el comportamiento de las enfermedades según la edad, el género y la región que afectan, la dinámica espacial y temporal de la enfermedad, considerada como un fenómeno social; además del impacto real y la calidad con la que se prestan los servicios médicos y las formas más eficaces para promover la salud. (Muñoz Elena, 2011).

La historia clínica odontológica proporciona información de edad, sexo, motivo de consulta, recesión gingival, movilidad dental, placa bacteriana, caries dental, enfermedades periodontales, pulpares, entre otros.

2.1 Motivo de consulta: Es la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone y se limita a la descripción de un conjunto de signos, síntomas o problemas de naturaleza objetiva. (Martínez F, 2006). Según el “Manual de Historia Única de Odontología” se toma en cuenta la causa en versión del informante utilizando palabras textuales del paciente entre comillas. (MSP, 2008).

2.2 Signos y Síntomas de Enfermedad Bucal

2.2.1 Recesión gingival: Es la localización del margen gingival libre, hacia apical de la unión cemento esmalte. Está asociada a una estética indeseable, abrasión superficial radicular, sensibilidad y caries radicular. (Ardila CM, 2009). En el centro de salud “Tandacatu” se diagnostica recesión gingival de acuerdo a la clasificación de Miller (1985).

- ✓ **Clase I:** Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso ni tejido blando interdental.

- ✓ **Clase II:** Recesión que llega hasta línea LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni tejido blando interdental.
- ✓ **Clase III:** Recesión que llega hasta la LMG o que la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.
- ✓ **Clase IV:** Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión. (MSP, 2008).

2.2.2 Movilidad dental: Todos los dientes presentan un grado de desplazamiento fisiológico (0.1-0.2 mm en dirección horizontal), pero cuando la movilidad dentaria supera el límite normal es signo de patología. La movilidad dental patológica es un signo clínico que puede ser el resultado de enfermedad periodontal, pero no es la única causa absoluta. Otras causas pueden ser: trauma por oclusión, ligamentitis y los movimientos ortodónticos. (Botero J. y Bedoya E., 2010). En el Centro de Salud N°4 “Tandacatu” se diagnostica la movilidad de acuerdo al índice modificado de Miller:

- ✓ **Grado 1:** movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.
- ✓ **Grado 2:** movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.
- ✓ **Grado 3:** movimiento en sentido horizontal y en sentido vertical. (Botero J. y Bedoya E., 2010).

2.3 Factores Etiológicos y de Riesgo

2.3.1 Placa Bacteriana: La Organización Mundial de la Salud define a la placa bacteriana como “una entidad organizada, proliferante y enzimáticamente activa que se adhiere firmemente a la superficie de los dientes debido a su actividad bioquímica de tipo metabólico, es el factor etiológico de la caries dental y de las paradontopatías”. (OMS, 1994).

La placa bacteriana no solo afecta a los dientes sino que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad periodontal. La placa bacteriana inicia o exacerba la severidad de las lesiones gingivales y tiene un posible papel como

precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes. (Matasanz, Matos y Bascones, 2008).

En el Centro de Salud N°4 “Tandacatu” el diagnóstico de placa bacteriana se realiza tomando como referencia las piezas dentales 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1 y 4.6 para la dentición permanente, en caso de ausencia de las piezas anteriormente mencionadas se toma como referencia la piezas vecinas. En la dentición temporaria el diagnóstico se realiza en las piezas dentales 5.5, 5.1, 6.5, 7.5, 7.1 y 8.5. Los parámetros que se siguen para la evaluación de la cantidad de placa bacteriana se describen en la tabla 1.

Tabla1.

PARÁMETROS INDICADORES DE SALUD BUCAL

Placa Bacteriana		Cálculo Dental	Gingivitis
0	Ausencia	Ausencia	Ausencia de sangrado
1	Placa a nivel del tercio gingival	Cálculo supragingival	Presencia de sangrado
2	Placa hasta el tercio medio	Cálculo subgingival	
3	Placa en toda la superficie de la pieza	Cálculo sub y supragingival	

Fuente: Manual de Historia Clínica Única de Odontología (MSP).

Elaboración: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.3.2 Cálculo Dental: Son depósitos calcificados que se encuentran sobre los dientes y estructuras sólidas de la cavidad oral. Es placa dental mineralizada, cubierta en su parte más externa por placa bacteriana vital no mineralizada. También puede estar cubierta por materia alba, células epiteliales descamadas y células sanguíneas provenientes del líquido crevicular. Lo más habitual es que el cálculo proceda de los depósitos de sales de calcio y fosfato sobre la placa bacteriana. (Chimenos E. y Callejas de Obes J., 1998).

En el Centro de Salud N°4 “Tandacatu” el diagnóstico de cálculo dental se realiza tomando como referencia las mismas piezas dentales que para placa bacteriana tanto en la dentición permanente como en la dentición temporaria. Los parámetros que se siguen para la evaluación de la cantidad de cálculo dental se describen en la tabla 1.

2.4 Índices CPO – ceo

2.4.1 Índice CPO: Es el índice fundamental que se utiliza para cuantificar la prevalencia de caries dental. Toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Según el manual de Historia Clínica Única de Odontología, el índice CPO se registra con números de acuerdo a los datos obtenidos en el odontograma y la sumatoria total se realiza en forma horizontal para cada indicador.

En el odontograma, cuando se detecta caries se pinta la pieza cariada con color rojo en las superficies afectadas tanto en piezas temporarias como en permanentes, y si una pieza dental restaurada presenta caries al momento del examen, se marcará como pieza cariada. Cuando existe la necesidad de realizar una extracción, tanto en dentición temporal como en permanente, se registra “X” de color rojo. Cuando el paciente ha perdido piezas definitivas y temporales por caries se marca “X” de color azul. En piezas definitivas perdidas por otra causa, que no sea caries, se marca “X” en el centro y se encerrará en un círculo de color azul. Cuando se detecta en el diagnóstico piezas con obturaciones realizadas se pinta la superficie obturada de color azul (tanto en piezas temporales como definitivas). (MSP, 2008).

La Organización Mundial de la Salud establece niveles de severidad de prevalencia de caries según los valores especificados en la Tabla 2.

Tabla 2.

**NIVELES DE SEVERIDAD DE PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN EL
RESULTADO DE LOS ÍNDICES CPOD Y ceod.**

	Valor	Interpretación
CPOD - ceod	0 - 1,1	Muy bajo
	1,2 - 2,6	Bajo
	2,7 - 4,4	Moderado
	4,5 - 6,5	Alto
	6,6 y +	Muy alto

Fuente: Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales.
(Ojeda M., Acosta N, Duarte E., Mendoza N., Meana M., 2005).
Elaboración: Organización Mundial de la Salud.

2.4.2 Índice ceo: Es el índice CPO adaptado para la dentición temporal. Se obtiene de igual manera pero considerando los dientes temporales cariados, extraídos y obturados (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). En el manual de Historia Clínica se aplica de la misma forma que el índice CPO, con datos obtenidos del odontograma y la sumatoria en forma horizontal para cada indicador. En el odontograma, las piezas temporales sanas perdidas por exfoliación natural, que presenten movilidad y otros, se registra como extracción indicada. (MSP, 2008).

2.5 Patologías Orales

2.5.1 Caries: Es una enfermedad infecciosa, multifactorial, universal, que determina la desmineralización, disolución y degradación de las matrices mineralizadas de los tejidos dentarios. Este proceso patológico y localizado se inicia después de la erupción, determina un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad, cuyas características dependen de la localización de la lesión. (OMS, 1994).

Para que se produzca la caries se necesita la presencia de bacterias y de hidratos de carbono fermentables en la cavidad bucal. La aparición en la superficie del diente de colonias de microorganismos cariogénicos anuncia la

desmineralización del esmalte, ocasionada por la acción de ácidos orgánicos. Estos ácidos se producen por la degradación de carbohidratos de la dieta presentes en la boca del individuo, debido a la acción enzimática de determinadas bacterias de la cavidad oral, organizadas y adheridas a las superficies dentarias, es decir, la placa bacteriana. (Duque de Estrada y Rodríguez Calzadilla, 2001).

El Ministerio de Salud Pública considera que caries dental es cualquier lesión en fosetas o fisuras o bien en superficies lisas donde se detecte un piso reblandecido, esmalte socavado, o paredes reblandecidas. Un órgano dentario con una restauración provisional se clasificará como cariado. En las superficies proximales es necesario que el explorador penetre en la lesión con certeza. (MSP, 2008).

2.5.2 Enfermedad Periodontal: Es una patología de origen infeccioso, crónico y provoca la pérdida de las estructuras de soporte periodontal de las piezas dentales. Cursa con dos etapas bien definidas: gingivitis y periodontitis. (Morales Martínez, 2007).

2.5.2.1 Gingivitis: Es la inflamación localizada o generalizada de las encías donde se observa edema, eritema, sangrado espontáneo o inducido por el cepillado y/o la masticación. Puede ser inducida por placa dental o estar asociada a factores sistémicos, medicamentos o malnutrición. (Morales Martínez, 2007). Los parámetros que se siguen en el Centro de Salud N°4 “Tandacatu” para la evaluación de la gingivitis se describen en la tabla 1.

2.5.2.2 Periodontitis: Es la forma más avanzada de la enfermedad periodontal; se observa inflamación crónica de las encías, sangrado espontáneo, presencia de bolsas periodontales, pérdida y migración de piezas dentales, movilidad dental, presencia de exudados purulentos, líquidos de inflamación y cálculo dental supra y sub gingival, recesión del borde marginal de la encía, pérdida del nivel óseo del reborde alveolar con exposición clínica de las raíces dentales. La bolsa periodontal es signo inequívoco de la presencia de la enfermedad; su

profundidad y número pueden sugerir la gravedad de la patología y el grado de destrucción de los tejidos de soporte dental. (Morales Martínez, 2007).

En el Centro de Salud “Tandacatu”, el diagnóstico de enfermedad periodontal se clasifica en:

- ✓ **Leve:** Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4mm.
- ✓ **Moderada.-** Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 a 6mm con movilidad dentaria clase I.
- ✓ **Avanzada.-** Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6mm, movilidad dentaria clase II o III. (MSP, 2008).

2.5.3 Patologías Pulpares

2.5.3.1 Pulpitis Reversible: La pulpa se encuentra vital pero inflamada y con capacidad de repararse una vez que se elimine el factor irritante. Se caracteriza por la aparición del dolor frente a estímulos como frío, calor, dulce, pero tan pronto se retira el estímulo, el dolor desaparece. (López J., 2004) (García L., Rodríguez O., Calzado de Silva M., 2011).

2.5.3.2 Pulpitis Irreversible: La pulpa se encuentra vital, inflamada, pero sin capacidad de recuperación, aun cuando se haya eliminado los estímulos externos que provocan el estado inflamatorio. Generalmente son debidas a una pulpitis reversible no tratada. Las bacterias alcanzan la pulpa y allí se asientan; se incrementa la presión intrapulpar, comprimiendo las fibras nerviosas y dando lugar a un dolor intenso, espontáneo, insoportable, continuo e irradiado, que se exacerba con la ingestión de alimentos calientes y que solo es aliviado con líquidos fríos. (López J., 2004) (García L., Rodríguez O., Calzado de Silva M., 2011).

2.5.3.3 Necrosis Pulpar: Es la descomposición del tejido conjuntivo de la pulpa con la destrucción del sistema vascular, linfático de las células y de las fibras nerviosas, con la producción de pus que se extiende a todo el tejido pulpar.

Desaparece el dolor aunque puede presentar sensibilidad, que denota síntomas de dolor periapical sobre todo a la percusión vertical. (López J., 2004) (García L., Rodríguez O., Calzado de Silva M., 2011).

2.5.3.4 Absceso Periapical: Es la acumulación de pus en el tejido que rodea a la raíz de un diente; ocurre cuando las bacterias logran invadir los vasos y nervios de la cámara pulpar ocasionando la muerte de la pulpa. Es la complicación de la caries dental o de un trauma dental por lo que la infección se disemina desde la raíz del diente hasta el tejido óseo. (Galán Hernández, 2011).

Otras Patologías Orales: Los restos radiculares son el resultado de patologías dentales que generan destrucción de la corona dental, como caries y/o fracturas coronarias, sin posibilidad de rehabilitación oral convencional, con indicación de exodoncia. (Rivero J., Jiménez B. y Castiñeira A., 2010).

La alveolitis se define como un dolor postoperatorio en y alrededor del alveolo dentario, el cual se incrementa en severidad entre el primer y el tercer día pos extracción, acompañado de una desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo intra alveolar, acompañado o no de halitosis. (Torres D. y col., 2005).

La anquilosis dental se caracteriza por la fusión de un diente al hueso alveolar, impidiendo tanto su desarrollo como su movimiento dentario. Puede perjudicar la dentición temporaria o permanente en cualquier momento de su desarrollo, pudiendo conducir a la inmersión dentaria. (Bloch A., 2008).

Los dientes supernumerarios como aquellos adicionales a la serie normal, es decir, más de 20 en dentición decidua o más de 32 en permanente y pueden encontrarse en cualquier parte de la arcada alveolar. (Rodríguez F. y Cervino S., 2009).

La impactación dental se refiere a un diente que se mantiene en los tejidos osteomucosos, más allá del periodo de erupción fisiológica y que se encuentra

impedido de erupcionar por hueso o dientes adyacentes con su formación radicular completa. (Soldevilla L., Orellana O., Rodríguez E., 2003).

La erosión dental es la pérdida localizada, crónica y patológica de tejido duro dental por un proceso químico que no incluye la presencia de bacterias. La superficie del esmalte se vuelve blanda y presenta concavidades y escalones. (López O. y Cerezo M., 2008) (Torres C. y col., 2010).

Una fractura dental es una fisura o rotura del diente que se puede dar por masticar alimentos duros, o por traumatismos. Las fracturas de esmalte se manifiestan con grietas, las fracturas de esmalte y dentina cursan con sensibilidad por exposición de los túbulos dentinarios y las fracturas de la corona dental presentan exposición pulpar. (Rodríguez C., 2001).

El herpes labial es una infección herpética recurrente. Los labios son el lugar más frecuente; las lesiones duran de 7 a 10 días. Se caracteriza por un estado previo de sensación de calor y la aparición de lesiones vesiculosas que se rompen rápidamente y dan lugar a pequeñas úlceras que pueden permanecer individuales o confluir en lesiones pustulosas mayores. (García T., Calzado de Silva M. y Martínez D., 2001).

La pericoronaritis es un proceso infeccioso agudo que se observa en pacientes jóvenes, entre la segunda y la tercera décadas de la vida por erupción de cualquier diente, fundamentalmente en los terceros molares. La etiología más aceptada en la actualidad es la invasión de microorganismos al saco pericoronario que rodea la corona del diente retenido, donde hay condiciones ideales para el crecimiento bacteriano, que puede estar favorecido por la irritación traumática de este. (Morán E. y Cruz Y., 2001).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Conocer el perfil epidemiológico de salud bucal de los pacientes atendidos en el Área de Salud N°4 "Tandacatu" durante el 2012.

3.2 Objetivos Específicos

1. Revisar y obtener información de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Área de Salud N°4 “Tandacatu” durante el 2012.
2. Describir las características del perfil epidemiológico.
3. Analizar las características del perfil epidemiológico.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudio: Descriptivo

4.2 Universo y muestra: El universo está constituido por 3500 historias clínicas de los pacientes que recibieron atención odontológica durante el año 2012 en el Área de Salud N°4 “Tandacatu”, de donde se obtuvo una muestra de 342 historias clínicas mediante la fórmula: $M = \frac{Z^2 pq}{e^2}$ (Ver Anexo A).

4.3 Unidad de análisis y observación: Se utilizaron los registros de las historias clínicas elaboradas por los Odontólogos del Centro de Salud “Tandacatu”, Dra. Gabriela Sarmiento y Dra. Nataly Bedoya. No se incluyeron en la muestra las historias clínicas que tenían datos incompletos o aquellas donde el diagnóstico no fue elaborado durante el año 2012.

4.4 Variables del estudio:

Variable	Conceptualización	Indicador	Escala
Rango de Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha, distribuido en grupos.	Menor de 1 año	Ordinal
		1 - 4 años	
		5-9 años	
		10 - 14 años	
		15 - 19 años	
		Mayor de 20 años	
Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo.	Masculino	Nominal
		Femenino	

Motivo de Consulta	Razón de consulta médica es la expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al médico.	Dolor	Categoría
		Estética	
		Disfunción	
		Revisión	
		Otro	
Recesión gingival	Migración del margen de la encía desde su posición normal en el límite corona raíz a lugares apicales a este límite.	Si	Nominal
		No	
Movilidad dental	Signo clínico que puede reflejar el grado de destrucción periodontal. Cuando la movilidad dentaria supera el límite normal (0,1-0,2mm en sentido horizontal) es signo de patología.	Si	Nominal
		No	
Placa bacteriana	Entidad organizada, proliferante y enzimáticamente activa que se adhiere firmemente a la superficie de los dientes, y es el factor etiológico fundamental de la caries dental y de las paradontopatías.	0	Ordinal
		1	
		2	
		3	
Cálculo Dental	Mineralización de la placa bacteriana, microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales.	0	Ordinal
		1	
		2	
		3	
Índice CPO	Relación de toda la historia de la patología del individuo que resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.	Caries	Categoría
		Perdidos	
		Obturados	
Índice ceo	Relación de toda la historia de la patología del individuo que resulta de la sumatoria de dientes temporales cariados, obturados y extracciones indicadas.	Caries	Categoría
		Extracciones indicadas	
		Obturados	
Caries	Enfermedad multifactorial caracterizada por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.	Si	Nominal
		No	
Enfermedad periodontal	Conjunto de enfermedades localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente.	Gingivitis	Categoría
		Periodontitis	
Patología pulpar	Compromiso infeccioso pulpar que abarca desde la inflamación a la muerte y/o complicaciones de ésta.	Pulpitis Reversible	Categoría
		Pulpitis Irreversible	
		Necrosis pulpar	
		Absceso Periapical	

4.5 Metodología: Se revisaron 3500 historias clínicas registradas en el Centro de Salud “Tandacatu” durante el año 2012; de estas se escogieron aleatoriamente una de cada diez historias clínicas hasta completar la muestra de 342; con las mismas se llenó el formulario de recolección de datos (Ver Anexo B) para la clasificación de la información obtenida, con la cual se estableció una descripción estadística de la prevalencia de patologías.

4.6 Métodos estadísticos y de análisis: Utilizamos el registro de las historias clínicas para la respectiva clasificación y análisis de las características de las patologías encontradas. Para la clasificación de la información utilizamos cuadros y gráficos de frecuencia y tendencia.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

El perfil epidemiológico se presentó a través de motivo de consulta, signos y síntomas de enfermedad bucal como recesiones gingivales y movilidad dental, factores etiológicos y de riesgo como depósito de placa bacteriana, cálculo dental y presencia de surcos profundos, índices CPO y ceo; y patologías orales, entre ellas, caries dental, gingivitis, periodontitis, pulpitis reversible, pulpitis irreversible, necrosis pulpar, absceso periapical, resto radicular, alveolitis, anquilosis, dientes supernumerarios, dientes impactados, erosión dental, fractura dental, herpes labial y pericoronaritis.

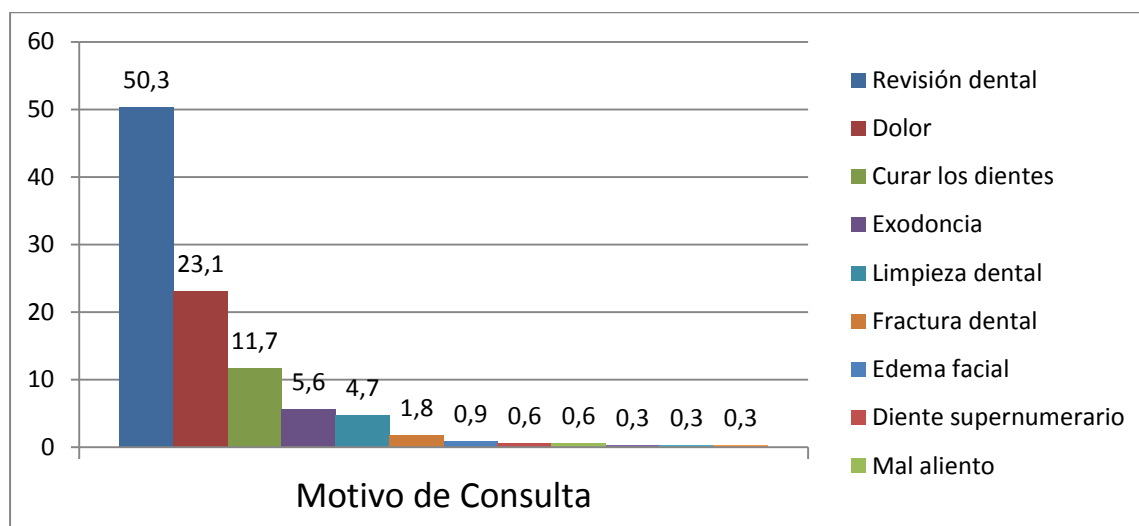
5.1 Motivo de Consulta

Los motivos de consulta más frecuentes del Centro de Salud N°4 “Tandacatu” durante el año 2012 fueron: revisión dental (50,29%) con mayor frecuencia en el sexo masculino, dolor (23,10%) más frecuente en el sexo femenino y “para curarse los dientes” (11,70%), sin diferencia entre sexos. Estos tres motivos de consulta fueron más frecuentes en personas mayores de 20 años. Los motivos de consulta menos frecuentes fueron: presencia de pus, sangrado de las encías

o por presencia de dientes supernumerarios; todos estos alcanzan el 0,29%. (Gráfico 1).

Gráfico 1.

FRECUENCIA DE MOTIVOS DE CONSULTA DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD N°4 "TANDACATU". CUENCA 2012



Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud "Tandacatu". Cuenca 2012

Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

5.2 Signos y Síntomas de Enfermedad Bucal

5.2.1 Recesión Gingival

Las recesiones gingivales se presentaron en un 4,09%, en pacientes mayores de 20 años (4,09%), siendo más frecuente en el sexo masculino (4,76%). (Tabla 2).

5.2.2 Movilidad Dental

La movilidad dental se presentó en un 2,63%, en pacientes mayores de 20 años (2,04%) y con predominio del sexo femenino (2,78%). También se presentó un 0.29% de casos en pacientes entre 10 y 19 años. (Tabla 3).

Tabla 3.

RECESIÓN GINGIVAL Y MOVILIDAD DENTAL SEGÚN LA EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD "TANDACATU". CUENCA 2012

		RECESIÓN GINGIVAL		MOVILIDAD DENTAL	
	Total muestra	N° Casos	Porcentaje	N° Casos	Porcentaje
Sexo		14	4,09%	9	2,63%
	Masculino	6	4,76%	3	2,38%
	Femenino	8	3,70%	6	2,78%
Rango de Edad	<1 - 1 años	-	-	-	-
	1 - 4 años	-	-	-	-
	5 - 9 años	-	-	-	-
	10 - 14 años	-	-	1	0,29%
	15 - 19 años	-	-	1	0,29%
	>20 años	14	4,09%	7	2,04%

Total Historias Clínicas 342

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud "Tandacatu". Cuenca 2012

Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

5.3 Factores Etiológicos y de Riesgo

5.3.1 Placa Bacteriana

La placa bacteriana se presentó en un 98,53% de los pacientes, distribuidos entre valores del 1 al 3. Un 48,25% de estos pacientes presenta un valor de 1 que significa que la placa bacteriana se encuentra en el tercio gingival de las piezas dentarias; se da con mayor frecuencia en personas mayores de 20 años, seguido por niños entre 5 y 9 años y de mayor prevalencia en el sexo masculino.

El valor de 2 se presentó en un 41,23%, que significa que la placa bacteriana se encuentra hasta los 2/3 de la corona dental, con mayor porcentaje en personas mayores de 20 años y de sexo femenino.

El valor de 3 se presentó en un 9,03%, que significa que la placa bacteriana se encuentra en toda la superficie de la corona dental, es decir, una abundante cantidad de placa bacteriana, representada con mayor frecuencia en pacientes mayores de 20 años y en el sexo masculino. (Gráfico 2).

5.3.2 Cálculo Dental

El cálculo dental se presentó en un 29,82% de los pacientes; de este porcentaje, el 17,54% presentó cálculo a nivel supragingival (correspondiente al valor de 1), siendo más frecuente en el sexo femenino y en pacientes mayores de 20 años. El 9,65% presentaron cálculos a nivel subgingival (correspondiente al valor de 2), con mayor frecuencia en el sexo masculino y en pacientes mayores de 20 años de edad. El 2,63% presentaron cálculos supra y subgingivales, con mayor prevalencia en el sexo femenino y en personas mayores de 20 años. (Gráfico 3).

5.4 Índices CPO - ceo

5.4.1 Índice CPO

El promedio del índice CPO es de 13,31, lo cual equivale al nivel de “muy alto” según los niveles de severidad de prevalencia de caries dental. En la dentición mixta el promedio de los índices CPO y ceo es de 3,95 que equivale al nivel de “moderado”. Tomando en cuenta las piezas perdidas del índice CPO, es decir, del total de pacientes con dentición permanente (232 pacientes), el edentulismo parcial se presenta en el 62,50%, siendo más frecuente en el sexo femenino (63,64%).

5.4.2 Índice ceo

El promedio del índice ceo es de 6,36, lo cual equivale al nivel de “alto” según los niveles de severidad de prevalencia de caries dental.

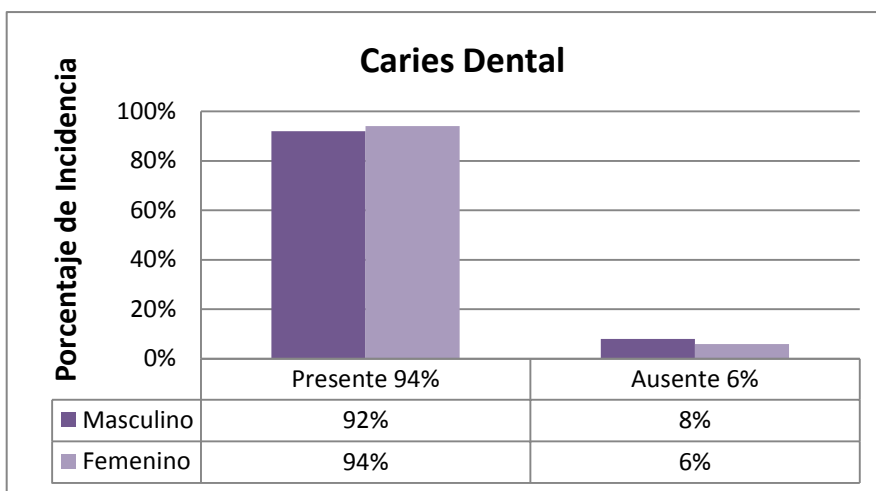
5.5 Patologías Orales

5.5.1 Caries Dental

La caries dental se presentó en el 93,57% de los pacientes, sin importar el sexo (Gráfico 4) y aumenta conforme avanza la edad; sin embargo en el rango entre 10 y 19 años la frecuencia de caries dental disminuye cerca de un 10% y a partir de los 20 años aumenta considerablemente alcanzando un 45,91%. (Gráfico 5).

Gráfico 4.

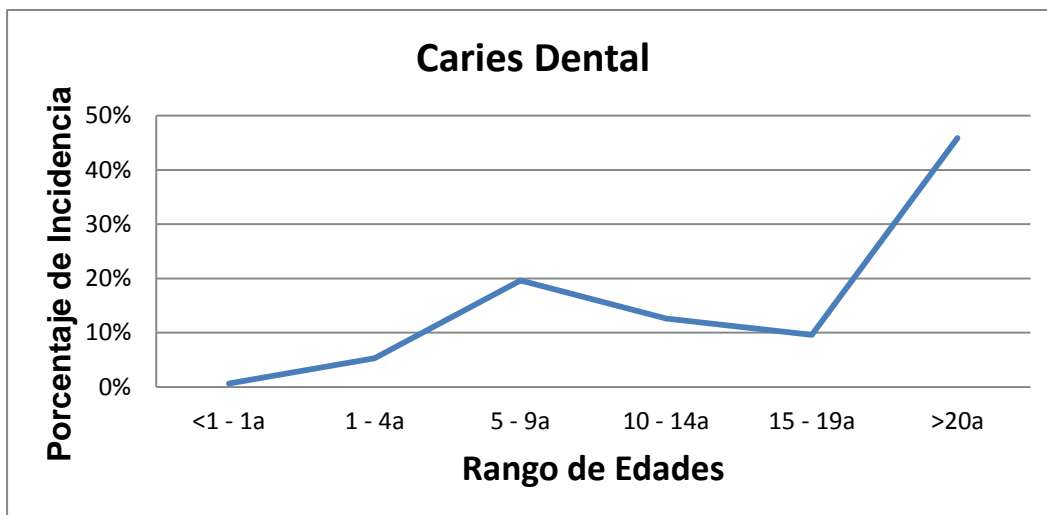
CARIES DENTAL EN RELACIÓN AL GÉNERO DE PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD N°4 “TANDACATU”. CUENCA 2012.



Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud “Tandacatu”. Cuenca 2012
Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

Gráfico 5.

TENDENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
N°4 "TANDACATU". CUENCA 2012.



Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud "Tandacatu". Cuenca 2012

Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

5.5.2 Enfermedades Periodontales

5.5.2.1 Gingivitis

La gingivitis se presentó en el 27,78% de los pacientes, siendo más frecuente en pacientes mayores de 20 años y del sexo masculino. Todos los pacientes que presentan gingivitis tienen placa bacteriana en cualquiera de los niveles (1, 2 o 3) según la ubicación de la misma en la corona dental.

5.5.2.2 Periodontitis

La periodontitis se presentó en un 4,09% de los pacientes, con mayor frecuencia en pacientes mayores de 20 años y en el sexo femenino. Se presentó un caso de periodontitis en un paciente entre 15 a 20 años, representando el 0.29%. En todos los pacientes que presentaron periodontitis se observó la presencia de placa bacteriana y cálculo dental en cualquiera de sus niveles (1, 2 y 3), según la ubicación de los mismos en las superficies dentales.

5.5.3 Patologías Pulpares

5.5.3.1 Pulpitis Reversible

La pulpitis reversible representó el 11,69% de las patologías bucales, con mayor frecuencia en el sexo femenino y se presentó a partir de los cinco años de edad, siendo más frecuente a partir de los 20 años. (Tabla 4).

5.5.3.2 Pulpitis Irreversible

La pulpitis irreversible se presentó en el 10,81% de los pacientes, con mayor frecuencia en el sexo femenino y en pacientes a partir de los 5 años de edad. (Tabla 4).

5.5.3.3 Necrosis Pulpar

La necrosis pulpar constituyó el 19,59% de las patologías, con mayor frecuencia en el sexo masculino, presentándose a partir del primer año de edad con mayor prevalencia en pacientes mayores de 20 años. (Tabla 4).

5.5.3.4 Absceso Periapical

El absceso periapical constituyó el 8,77% de las patologías, presentándose a partir del primer año de edad con mayor frecuencia entre 5 a 9 años y en el sexo femenino. (Tabla 4).

Tabla 4.

PATOLOGÍAS PULPARES SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES DEL CENTRO
DE SALUD N°4 "TANDACATU". CUENCA 2012.

	Total Muestra	N° Casos	Porcentaje
Pulpitis Reversible		40	11,69%
Masculino	126	11	8,73%
Femenino	216	29	13,42%
Pulpitis Irreversible		37	10,81%
Masculino	126	13	10,31%
Femenino	216	24	11,11%
Necrosis Pulpar		67	19,59%
Masculino	126	27	21,42%
Femenino	216	40	18,51%
Absceso Periapical		30	8,77%
Masculino	126	10	7,93%
Femenino	216	20	9,25%
Total Historias Clínicas	342		

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud "Tandacatu". Cuenca 2012

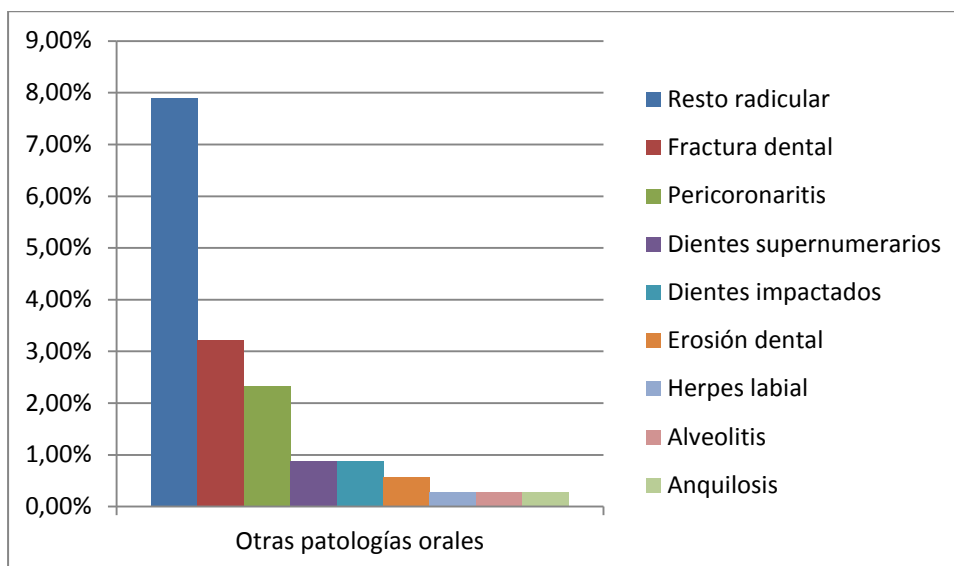
Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

5.6 Otras Patologías Orales

Otras patologías orales halladas en el Centro de Salud N°4 "Tandacatu" fueron los restos radiculares, que se presentaron en el 7,89% de los pacientes, con mayor prevalencia en el sexo femenino. El 3,22% presentó fractura dental con mayor frecuencia en el sexo masculino. En un 2,34% de los pacientes se observó pericoronaritis, siendo mayor el número de casos en el sexo femenino. Se diagnosticó la presencia de dientes supernumerarios y de dientes impactados con una frecuencia del 0,88% y de patologías menos frecuentes como erosión dental (0,58%) y herpes labial, alveolitis y anquilosis representadas por el 0,29%. (Gráfico 7).

Gráfico 7.

OTRAS PATOLOGÍAS ORALES ENCONTRADAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD N°4 "TANDACATU". CUENCA 2012



Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud "Tandacatu". Cuenca 2012
Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

6. DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes del Centro de Salud N°4 "Tandacatu" acuden por revisión dental sin presentar dolencias, seguido por pacientes que asisten por molestias específicas como dolor u operatorias.

La placa bacteriana y el cálculo dental se presentaron en un 98,53% y 29,82% de los pacientes respectivamente, habiendo una estrecha relación entre la presencia de los mismos. El alto porcentaje de pacientes que presentan placa bacteriana, indica que la higiene oral es deficiente, agravándose aún más con el porcentaje de pacientes que presentaron cálculo dental. No se pudo relacionar la placa bacteriana con la caries dental oclusal, debido a que el índice de placa bacteriana se basa en la revisión de las superficies vestibular, mesial, distal y lingual/palatino.

Los promedios de los índices CPO y ceo corroboran el avance de la caries dental conforme aumenta la edad. Los índices de severidad de caries de los pacientes con dentición permanente y mixta corresponden a niveles altos de morbilidad en la población, lo cual es causa de preocupación que refleja una falta de conciencia en salud oral y hace necesario el aumento de programas de prevención y promoción de la salud.

De acuerdo al índice CPO se contabilizó el número de pacientes que han perdido piezas dentales y por tanto el porcentaje de edentulismo parcial se establece en 62,50% de los pacientes con dentición permanente, que representa el 42,39% de pacientes atendidos en el Centro de Salud.

Otras patologías como necrosis pulpar, pulpitis irreversible y absceso apical, pueden desembocar en extracciones dentales en caso de fracaso y/o complicaciones durante el tratamiento endodóntico.

Los pacientes que padecieron gingivitis representaron el 27,78%, sin embargo solo un 0,3% acudió por sangrado de encías, lo que indica que el sangrado gingival no alerta a los pacientes para recibir atención odontológica.

La pulpitis reversible se presentó en un 11,69% de los pacientes y es importante tomar en cuenta que si no es tratada a tiempo, la invasión bacteriana avanza hasta producir lesiones irreversibles en la pulpa (pulpitis irreversible), cuyo tratamiento es la extirpación total del paquete vásculo-nervioso o endodoncia. Los pacientes que necesitan tratamientos endodónticos constituyen el 39,17%. Esta alta demanda indica que un alto número de pacientes debe recurrir a otro establecimiento para recibir atención odontológica debido a que en el Centro de Salud no disponen de los equipos adecuados para realizar este tipo de tratamiento.

Otras patologías que se encontraron en el perfil, con menor prevalencia, son los restos radiculares, fractura dental, pericoronaritis, dientes impactados, dientes supernumerarios, erosión dental, herpes labial, alveolitis y anquilosis. Este

conocimiento es importante para establecer un índice estadístico de frecuencia de patologías durante un año.

El Manual de Historia Clínica Única Odontológica constituye la base de criterios que sigue el Centro de Salud “Tandacatu” para la elaboración de los diagnósticos bucales y llenado de la Historia Clínica.

En este manual se indican los parámetros para el diagnóstico de recesiones gingivales según la clasificación de Miller (pág. 5) tomando en cuenta la ubicación del margen gingival en relación a la línea mucogingival. Sin embargo en las historias clínicas del Centro de Salud no se han registrado los valores de acuerdo a la clasificación, si no, se han apuntado con números racionales que hacen referencia a la medida en milímetros desde el límite amelodentinario hasta el margen gingival. (Ver Anexo D - Imagen 1).

Para las autoras, el diagnóstico de las recesiones gingivales se realiza con una sonda periodontal que contiene marcas o hendiduras, que muestran la distancia en milímetros de la parte activa del instrumento. Estas hendiduras se distinguen con trechos de colores alternados para facilitar la lectura. Clínicamente en las recesiones gingivales se observa la migración apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular, por tanto la medición se efectúa desde el margen gingival hasta el límite amelocementario.

La movilidad dental fue registrada según los valores del índice modificado de Miller (pág. 5), sin embargo en algunas historias clínicas se encontraron números racionales (Ver Anexo D - Imagen 2), que asumimos que hacían referencia a la recesión gingival, sin embargo esos datos quedaron registrados en las historias clínicas en los casilleros de movilidad dental, alterando el diagnóstico de los pacientes. Por estas razones, para el análisis del perfil, se clasificó tanto a la recesión gingival cuanto a la movilidad dental como “presente” o “ausente” sin seguir las respectivas clasificaciones.

El diagnóstico de la movilidad dental en la Universidad de Cuenca se realiza tomando los mangos de dos instrumentos y colocando uno por vestibular y otro

por palatino/lingual de la pieza dental. Se realizan ligeros movimientos anteroposteriores (de vaivén), mesiodistales (en forma de péndulo) valorando el grado de movilidad según el índice modificado de Miller.

En cuanto a los registros de placa bacteriana; en el Centro de Salud se rigen a las indicaciones del Manual del MSP, sin embargo estas instrucciones no siguen ningún índice establecido. En la Universidad de Cuenca se aplican los índices de Løe y Silness u O'leary para la medición de biofilm. Con la aplicación del índice de O'leary, la tinción de la placa bacteriana indica al paciente las zonas donde requiere mayor adiestramiento bucal.

En el diagnóstico de caries dental, el Manual del MSP dice que: *“Se anotará cariado cuando se presenta una lesión en fosetas o fisuras o bien en superficies lisas donde se detecte un piso reblandecido, esmalte socavado, o paredes reblandecidas”*. Según este instructivo no se debe considerar a las manchas blancas dentro del diagnóstico de caries dental. Las odontólogas del Centro de Salud refirieron que en los casos de manchas blancas se realiza la aplicación de barniz fluorado pero que no son consideradas en el odontograma.

En la Facultad de Odontología de la universidad de Cuenca, el diagnóstico de caries dental se realiza con un espejo bucal, un explorador y la punta de jeringa triple (agua – aire) para visualizar las lesiones en esmalte seco y húmedo. La caries dental involucra lesiones incipientes, microcavidades en el esmalte y lesiones cavitarias en dentina.

Las lesiones incipientes se representan con *manchas blancas*, que se observan de color blanco opaco en esmalte seco, redondeadas, de bordes delimitados, ubicadas generalmente en el tercio cervical de la corona dental o en relación a zonas con acumulación de placa bacteriana. Las microcavidades en el esmalte se clasifican como *caries no penetrantes*, que son manchas negras, pardas o marrones presentes en surcos, fosas y fisuras de las piezas dentales. En el diagnóstico de estas lesiones, el explorador se atasca en las microcavidades del esmalte. Las lesiones cavitarias en dentina se codifican como caries

penetrantes, que son cavidades evidentes al ojo clínico que involucran tanto esmalte como dentina. La dentina se encuentra reblandecida y se desprende fácilmente con la utilización de una cuchareta.

En el Centro de Salud “Tandacatu” para realizar el diagnóstico de gingivitis, se basan en la presencia o ausencia de sangrado según el Manual del MSP, mientras que en la Universidad de Cuenca, el diagnóstico se basa en la presencia de encías edematosas, eritematosas, con sangrado espontáneo o al sondaje y se lleva un registro completo de los valores de sondaje de cada pieza dental siendo estos compatibles con salud periodontal (0,5mm).

El Manual del M.S.P. indica que la enfermedad periodontal debe clasificarse en leve, moderada o avanzada según los valores de profundidad de bolsa y pérdida de inserción, sin embargo en algunas historias clínicas no se rigen en esta clasificación y se coloca únicamente el diagnóstico de periodontitis. (Ver Anexo D - Imagen 4). Por esta razón, en este estudio se clasificó la presencia o ausencia de periodontitis sin tomar en cuenta la severidad de la misma.

Para el diagnóstico de periodontitis, en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, se basa en la presencia de bolsas periodontales, signos y síntomas como recesión gingival y movilidad dental, factores de riesgo como placa bacteriana y cálculo dental y el registro de los valores de sondaje, los cuales no son compatibles con salud periodontal (más de 3mm). La severidad de la enfermedad se determina de acuerdo a la misma clasificación descrita en el Manual del MSP, leve moderada o avanzada.

Para el diagnóstico de las patologías pulpares, el “Manual de Historia Clínica Única” no describe ningún parámetro para la evaluación de las condiciones pulpares. Las odontólogas del Centro de Salud “Tandacatu” refieren que el diagnóstico diferencial de pulpitis reversible e irreversible se realiza a través de la anamnesis, según la historia del dolor dental que indique el paciente, sin realizar pruebas de sensibilidad pulpar.

Además de la anamnesis de la historia del dolor, para realizar un diagnóstico correcto de pulpitis reversible o irreversible es indispensable la realización de pruebas de sensibilidad pulpar, ya sea con la aplicación de elementos fríos, calientes o la utilización del pulpómetro, debido a que el grado de respuesta del paciente ante estos estímulos definirá las acciones terapéuticas a tomar.

En el Centro de Salud “Tandacatu”, el tratamiento de pulpitis reversible consiste en la limpieza total de la caries dental. Si al realizar la limpieza la pulpa no se expone, se realiza un recubrimiento pulpar indirecto y se coloca un material de obturación provisional durante una semana. Una vez transcurrido este tiempo, si el paciente no presenta molestias (sensibilidad u otras complicaciones), se realiza la restauración definitiva de la pieza dental; caso contrario el paciente será remitido a un establecimiento que cuente con el equipo adecuado para realizar el tratamiento endodóntico, al igual que en los casos donde el profesional realiza una exposición pulpar accidental durante la eliminación de la caries dental.

La necrosis pulpar es diagnosticada en el Centro de Salud, únicamente en piezas dentales con amplias cavidades que expongan el paquete vásculo-nervioso al medio oral en ausencia de dolor. En la Universidad de Cuenca la necrosis pulpar se diagnostica por una respuesta negativa ante las pruebas de sensibilidad pulpar y de percusión comparando con la sintomatología de piezas vecinas sanas. Clínicamente la pieza dental puede estar destruida con o sin exposición pulpar o presentar restauraciones profundas filtradas o fracturadas. También el paciente puede referir un golpe o traumatismo, que indica una necrosis por coagulación donde se presenta un cambio de coloración de la dentina.

Para el diagnóstico de abscesos periapicales, las odontólogas se basan en la presencia de edema facial o fístulas en relación a las piezas dentales afectadas. En estos casos el tratamiento consiste en el drenaje del material purulento y la remisión para el tratamiento endodóntico. En la Universidad de Cuenca el diagnóstico de abscesos periapicales se basa en pruebas de sensibilidad pulpar negativas y de percusión positivas, el paciente expresa la sensación de

extrusión dental. Radiográficamente se puede observar ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. Si el paciente presenta edema facial el diagnóstico es una periodontitis apical aguda y si encontramos la desembocadura de una fístula estaríamos frente a una periodontitis apical crónica supurativa.

En el Centro de Salud no cuentan con el equipamiento ni instrumental adecuado para realizar tratamientos endodónticos, debido a que para este tratamiento es indispensable un equipo radiográfico y de revelado, y materiales como localizador apical, limas, puntas de papel, conos de gutapercha, condensadores verticales y laterales, entre otros.

Dentro del perfil no se incluyeron variables como presión arterial, mal oclusión y fluorosis dental, debido a que en varias historias clínicas no se registran los datos o son registrados incorrectamente. (Ver Anexo D - Imagen 5).

La caries dental y las enfermedades periodontales fueron las causas de morbilidad bucal más frecuentes en el Centro de Salud N°4 “Tandacatu”, seguido de las patologías pulpares. En estudios realizados en la ciudad de Nuevo León – México, la caries dental se presentó en un 60%, siendo este un valor más bajo en comparación a la prevalencia del 94% del “Tandacatu”; la gingivitis se presentó en un 14% en Nuevo León y en el “Tandacatu” se duplicó la frecuencia con un 28%; la periodontitis tuvo una prevalencia del 7% a diferencia del centro de salud, donde se presentó en un 4%, el absceso apical se presentó con mayor frecuencia en el “Tandacatu” con un 9% en comparación con la ciudad Nuevo León con 7%. (Rodríguez H., 2004).

Una encuesta nacional de Calidad de Vida realizada en el año 2006 en Chile demostró que las enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares son las patologías de mayor prevalencia en este país y se organizaron políticas de Salud Bucal en grupos de alto riesgo hacia estrategias promocionales y preventivas, priorizando a la población menor de 20 años para la atención odontológica. (Soto L, Tapia R y col., 2007).

Un perfil epidemiológico de caries dental y enfermedad periodontal realizado en Nicaragua en el año 2005 también demuestra la prevalencia de caries en un 90.61%, sin diferencia respecto al sexo y enfermedad periodontal 88.23% con mayor frecuencia en las mujeres y aumentando a medida que aumenta la edad. (Medina C., 2007).

En Colombia, la caries dental es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente y sus efectos aumentan a medida que la edad es mayor; además la caries dental ocupó el tercer lugar como motivo de consulta externa, después de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. (Tascon J. y Cabrera G., 2005).

Otro estudio en la población mexicana (Valencia) indica la prevalencia de dientes supernumerarios, siendo esta de un 0.3% - 3,8%. Esta cifra representa un valor mínimo tal como ocurrió en el Centro de Salud "Tandacatu" de Cuenca, Ecuador con una prevalencia del 0.88%. (Salcido J. y col., 2004). Aunque se debe considerar que para diagnosticar dientes supernumerarios se necesita un diagnóstico clínico y radiográfico, por tanto en el Centro de Salud "Tandacatu", al no disponer de los equipos radiográficos, la prevalencia de 0.88% no es una estadística confiable.

Un Diagnóstico Epidemiológico del Área de Salud N°1 "Pumapungo" en Cuenca en el año 2004 indica que la caries de dentina se presentó en un 56%. Gingivitis 51%, mal oclusión 37% y bruxismo 26%. En el Centro de Salud N°4 no fueron registrados en las historias clínicas casos de mal oclusión dental, a pesar de que hubieron pacientes con edentulismo parcial, o ausencia de llave molar. (Andrade N. y Arévalo M., 2004).

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ La caries dental y la enfermedad periodontal fueron las patologías de mayor prevalencia, seguido de las patologías pulpares (pulpitis reversible, irreversible, necrosis y absceso apical). Las patologías menos frecuentes del perfil epidemiológico fueron erosión dental, herpes labial, alveolitis y anquilosis. (Ver Anexo E).
- ✓ La mayoría de las patologías del perfil epidemiológico se presentaron en pacientes mayores de 20 años, debido a que este rango de edad es amplio en comparación con los demás rangos de la historia clínica, motivo por el cual se recomienda disminuir el rango >20 para futuros estudios.
- ✓ Se debe realizar un buen diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías bucales, debido a que las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad dentaria son la caries dental (93,57%) y la enfermedad periodontal (31,87%). El conocimiento de estas estadísticas es importante para informar a los pacientes acerca del significado de la pérdida dental en relación con funciones como estética, masticación y fonación.
- ✓ Las manchas blancas deberían ser consideradas como caries dental dentro del odontograma debido a que son lesiones incipientes que cursan con un proceso de desmineralización inicial. (Ver Anexo D - Imagen 3). Si no se da un tratamiento oportuno la desmineralización avanza hasta la formación de cavidades cariosas. Se debe tomar en cuenta que si se contabilizaran las manchas blancas, el índice de caries dental aumentara considerablemente.
- ✓ Se recomienda actualizar el “Manual de Historia Clínica Única” del Ministerio de Salud, junto con la historia clínica del MSP para elaborar un

mejor diagnóstico basado en criterios más actuales, debido a que la última versión de este manual pertenece al año 2008.

- ✓ El Ministerio de Salud Pública y las Facultades de Odontología deberían unificar los criterios para el llenado de historias clínicas y la elaboración de diagnósticos bucales.
- ✓ Considerando este perfil epidemiológico y los altos costos de la atención bucal, es necesario prevenir estas patologías y para ello se debe tomar en cuenta que el origen de la mayor parte de problemas bucales se debe a la acumulación de placa bacteriana, por tanto, se recomienda a los pacientes mejorar su higiene bucal empleando una buena técnica de cepillado y utilizando hilo dental.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA

8.1 Referencias Bibliográficas:

1. MUÑOZ AVILÉS Oswaldo. Aprenda a Investigar Investigando. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. 2006.
2. TASCON, Jorge Eduardo and CABRERA, Gustavo Alonso. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Colomb. Med.* [online]. 2005, vol.36, n.2 [cited 2013-10-20], pp. 73-78. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000200003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1657-9534.
3. MUÑOZ GARZÓN Luz Elena. Perfil epidemiológico red de salud de ladera E.S.E. año 2010”. Municipio de Santiago de Cali. Cali - Colombia. Noviembre 2011. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/planeacion/2012_ConcursoESE/Plan_Gerencial/Ese_Ladera/epidemiologico-ladera.pdf
4. MARTINEZ FARRERO, Pau. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2006, vol.26, n.1 [citado 2014-07-12], pp. 53-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0211-5735. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352006000100004>.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual de Uso de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única de Odontología, 2008. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
6. ARDILA MEDICA CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2009; 21, 2: 35-43. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>
7. BOTERO, JE y BEDOYA, E. Determinantes del diagnóstico periodontal. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* [online]. 2010, vol.3, n.2 [citado 2014-

- 07-11], pp. 94-99. Disponible en:
 <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0719-0107. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200007>.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Etiología y prevención de la caries dental. Serie de informes técnicos N° 494. Ginebra. 1994. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38780/1/WHO_TRS_494_spa.pdf
 9. MATESANZ-PEREZ, P.; MATOS-CRUZ, R. y BASCONES-MARTINEZ, A.. Gingival diseases: a literature review. *Avances en Periodoncia* [online]. 2008, vol.20, n.1 [citado 2013-10-21], pp. 11-25. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-6585. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852008000100002>.
 10. CHIMENOS E. y CALLEJAS DE OBES J. Perspectiva evolutiva del cálculo dental. Revisión Bibliográfica. Anales de Odontoestomatología. Facultad de Odontología – Universidad de Barcelona. 1998, pp. 1. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21809/1/520867.pdf>
 11. OJEDA María., ACOSTA N., DUARTE E., MENDOZA N., MEANA M. Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. Comunicaciones Científicas y Tecnológica. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Odontología. UNNE. 2005. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>
 12. DUQUE DE ESTRADA RIVERON, Johany y RODRIGUEZ CALZADILLA, Amado. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2001, vol.38, n.2 [citado 2013-10-20], pp. 111-119. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-297X.
 13. MORALES MARTÍNEZ Fernando. Temas prácticos en geriatría y gerontología. Euned. Ed. Universidad Estatal a Distancia. Tomo III. San José – Costa Rica. 2007. Disponible en:

http://books.google.com.ec/books/about/TEMAS_PR%C3%81CTICOS_EN_GERIATR%C3%8DA_Y_GERONTO.html?id=xNrOJeBiwDQC

14. LÓPEZ MARCOS, Joaquín Francisco. Etiología, clasificación y patogenia de la patología pulpar periapical. *Medicina Oral*. 2004. Disponible en: <http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/115869/1/Casif%20pulpar%20y%20periapical.pdf>
15. GARCÍA CABRERA Lizet, RODRÍGUEZ REYES Oscar, CALZADO DE SILVA Milagros. Bases morfofisiopatológicas de la respuesta inflamatoria aguda pulpar. *Rev. Scielo*. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001100017&script=sci_arttext
16. GALÁN HERNÁNDEZ Ramón José. Abscesos dentales. 2011. [online] Disponible en: <http://www.netdoctor.es/articulo/abscesos-dentales>
17. RIVERO J., JIMÉNEZ B. y CASTIÑEIRA A. Extrusión guiada: Puesta al día y nueva técnica invisible. *Rev. Ortod. Esp.* 2010; 50 (4); 517-523 Disponible en: <http://www.ortodonciarivero.com/assets/docs/publicaciones/extrusionGuiada.pdf>
18. TORRES LAGARES, Daniel et al. Alveolitis seca: Actualización de conceptos. *Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.)* [online]. 2005, vol.10, n.1 [citado 2014-07-16], pp. 66-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1698-4447.
19. BLOCH A., Anquilosis Dental. *Orphanet*: Portal de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos. 2008. Disponible en: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=ES&Expert=1077
20. RODRIGUEZ ROMERO, F.J. y CERVINO FERRADANES, S. Múltiples dientes supernumerarios distomolares. *Av Odontoestomatol* [online]. 2009, vol.25, n.6 [citado 2014-07-16], pp. 319-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000600003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-1285. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852009000600003>.

21. SOLDEVILLA L., ORELLANA O., RODRÍGUEZ E. Desinclusión de dientes retenidos mediante aparatología removible. *Odontología Sanmarquina* [online]. 2003; 6 (12): 41-45. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2003_n12/desinclusion.htm
22. LÓPEZ SOTO Olga Patricia, CEREZO CORREA María del Pilar. Potencial erosivo de las bebidas industriales sobre el esmalte dental. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400010
23. TORRES Carolina Paes, CHINELATTI Michelle Alexandra, GÓMEZ SILVA Jaciara Miranda, RIZOLI Fátima Aparecida, OLIVEIRA María Angélica, PALMA Dibb Regina, BORSATTO María Cristina. Surface and Subsurface Erosion of Primary Enamel by Acid Beverages Over Time. 2010. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/bdj/v21n4/v21n04a09.pdf>
24. RODRÍGUEZ C., Traumatismos dentales en niños y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [online]. 2001. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2001/art5.asp>
25. GARCIA SANCHEZ,, Teresa; CALZADO DE SILVA, Milagros y MARTINEZ CHASWELL, . Daysi. Evaluación clínico-citológica del herpes labial tratado con láser. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2001, vol.38, n.2 [citado 2014-07-16], pp. 77-82. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-297X.
26. MORAN LOPEZ, Elena y CRUZ PAULIN, Yulién. Pericoronaritis: Criterios actuales. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2001, vol.38, n.3 [citado 2014-07-16], pp. 192-204. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-297X.

27. RODRÍGUEZ AVELLA Hortensia., La Investigación Epidemiológica en Estomatología, *MSP*, Nuevo León, México, 2004. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-8-2004/02.pdf>
28. MEDINA Carlo, CERRATO Jorge Antonio, HERRERA Miriam. Perfil epidemiológico de caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005. *Universitas*, Vol 1. Ed. Universitaria. UNAN-León, 2007. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EnferAlter/Carlo_Med/401.pdf
29. SOTO L, TAPIA R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile, 2007.
30. MEDINA SOLIS Carlo Eduardo. Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005, 2007. *Rev Invest Clin* 1: 39-46 Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/producto.php?producto=4499>
31. SALCIDO GARCÍA Juan Francisco, LEDESMA MONTES Constantino, HERNÁNDEZ FLORES Florentino, PÉREZ Diego, GARCÉS ORTÍZ Maricela. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población Mexicana. *Med. oral patol. oralcir.bucal* (Ed.impr.) [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2014 Jun 09]; 9(5): 403-409. Disponible en: <https://roderic.uv.es:8443/handle/10550/35772>
32. ANDRADE Nube, ARÉVALO Mariela, Diagnostico Epidemiológico y Prioridades de Salud en el Área de Salud N°1 Pumapungo del Cantón Cuenca, Universidad de Cuenca Facultad de Odontología, Cuenca – Ecuador, 2004.

8.2 Bibliografía:

- ALDEREGUÍA LIMA Gustavo. Morbilidad por urgencias estomatológicas. 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_02_10/Urgencias%20Estomatol.htm
- ARTEAGA FARFÁN José Ricardo. Atrición Dentaria. 2012. Disponible en: <http://josearteagausgp.blogspot.com/2013/03/atricion-dentaria.html>

- BALDIOCEDA FILLOY Fernando. Bruxismo, Teoría y Clínica. 2010. Disponible en:
<http://colegiodentistas.org/revista/index.php/revistaodontologica/article/view/154/266>
- BARZALLO Vinicio y GUAMÁN Hugo. Diagnóstico Epidemiológico y Prioridades de Salud en el Área N° 6 Paute. Universidad de Cuenca Facultad de Odontología, Cuenca – Ecuador, 2003-2004.
- BREILH Jaime. Comentario al Reporte Nacional acerca del Perfil Epidemiológico Bucal de las Etnias Venezolanas. Ciencia Odontológica [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Jun 08] ; 6(2): 95-97.
- CARRANZA Fermín Alberto y SZNAIDER Norma. Compendio de Periodoncia. 5ta Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- CUNIBERTI DE ROSSI Nelda, ROSSI GUILLERMO H. Abfracción. La lesión dental del futuro. 2007. Disponible en: <http://www.aoa.org.ar/Gallery/28963.pdf>
- ESTRADA ESQUIVEL Blanca Estela. Lesiones no cariosas: atrición, erosión, abfracción, bruxismo. Revisión de Literatura. 2011. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2011/ora1138d.pdf>
- FAJARDO SANTACRUZ María Claudia. Diagnóstico y epidemiología de erosión dental. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2011. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000200009
- FRANCO CUARTAS Jorge Hernán. Diagnóstico pulpar y periapical de origen pulpar. 2008. Disponible en:
http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSistemaDeBibliotecas/ElementosdeDiseno/Documentos/Documentos/Diagnostico_Pultar_Final.pdf

- FRUGONE ZAMBRA, RE y RODRIGUEZ, C. Bruxismo. Av *Odontoestomatol* [online]. 2003, vol.19, n.3 [citado 2014-06-19], pp. 123-130 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-128520030003000003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-1285. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-128520030003000003>.
- LEMA LONDO Blanca Azucena. Programa de prevención de caries dental en la escuela Manuel Guerreño de la parroquia el Valle de la ciudad de Cuenca 2010. (Tesis de Master en la Salud). UTPL, Cuenca. Pp.132. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6082/1/TEsisBlancaLema.pdf>
- MAHONY D., El Problema de las Lesiones Blancas en Esmalte. Rev. Dental Tribune Spain. Barcelona-España, 2012. Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0CCcQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dental-tribune.com%2Fprintarchive%2Fdownload%2Fdocument%2F21980%2Ffile%2F9d66f0e4ad99cad05081c60f40730e35_9-10.pdf&ei=nO_CU_7vFqrMsQTowoHoCQ&usq=AFQjCNFn8B-Ln5neRH7d7x_W174bYO6IA&bvm=bv.70810081,d.cWc
- MEDINA SOLÍS CE, et al. Razones para extracción de dientes permanentes. *Rev Invest Clin I v t i* 2013; 65 (2): 141-149. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf>
- OSORIO POZO Mayra Daniela (2011). Caries sin exposición pulpar en niños de 3 a 14 años registrados en la clínica de Odontopediatría de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, en el período; septiembre 2010 a junio del 2011. Proyecto previo a la obtención del Título de Odontóloga. Carrera de Odontología. Quito: UCE. 120 p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/356>

9. ANEXOS

9.1 Anexo A - Fórmulas para la obtención de la muestra.

$$M = \frac{Z^2 pq}{e^2} \quad M = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} \quad M = \frac{0,96}{0,0025} \quad M = 384$$

$$M1 = \frac{M}{1 + \frac{M-1}{P}} \quad M1 = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{3500}} \quad M1 = \frac{384}{1,12} \quad M1 = 342$$

Donde,

M=Muestra.

Z= 1,96 desviación estándar de la curva normal.

p=frecuencia desconocida expresada en proporción.

q= 1 - p

e= error muestral.

M1= Muestra corregida.

P= Población o universo de referencia.

9.2 Anexo B – Formulario de recolección de datos.

Perfil Epidemiológico de Salud Bucodental en el Área de Salud Nº4 “Tandacatu” de Cuenca. 2012

1. La edad del paciente es:

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">____ años y ____ meses</div>	- de 1 año	<input type="checkbox"/>	1 a 4 años	<input type="checkbox"/>	5 a 9 años	<input type="checkbox"/>
	10 a 14 años	<input type="checkbox"/>	15 a 19 años	<input type="checkbox"/>	+ de 20 años	<input type="checkbox"/>

2. Sexo

Masculino ☐ Femenino ☐

3. Motivo de Consulta

Dolor ☐ Estética ☐ Disfunción ☐ Revisión ☐ Otro _____

4. Antecedentes Personales

Alérgicos ☐ Hemorragias ☐ VIH - Sida ☐ Tuberculosis ☐
Asma ☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Enf. Cardíaca ☐ Otro _____

5. Examen Estomatológico

1. Labios <input type="checkbox"/>	2. Mejillas <input type="checkbox"/>	3. Maxilares <input type="checkbox"/>	4. Lengua <input type="checkbox"/>
5. Paladar <input type="checkbox"/>	6. Piso bucal <input type="checkbox"/>	7. Carrillos <input type="checkbox"/>	8. Gland. Salivales <input type="checkbox"/>
9. Orofaringe <input type="checkbox"/>	10. ATM <input type="checkbox"/>	11. Ganglios <input type="checkbox"/>	

☐ _____

Presión Arterial

Sistólica _____ mmHg Diastólica _____ mmHg

Hipertenso ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ No Dato ☐

6. Condiciones de Salud Bucal

a. Recesión Gingival

Si ☐ No ☐

b. Movilidad dental

Si ☐ No ☐

c. Placa Bacteriana

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

d. Cálculo Dental

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

e. Índice CPO

Caries ☐ Perdidos ☐ Obturados ☐ Total ☐

f. Índice ceo

Caries ☐ Extracciones indicadas ☐ Obturados ☐ Total ☐

7. Patología Bucal

Caries ☐ Gingivitis ☐

Patología pulpar ☐ Periodontitis ☐ Otra _____

9.3 Anexo C – Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	--------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRATORIA min.
------------------	--------------------------	----------------	----------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN

18	17	16	15	14	13	12	11
----	----	----	----	----	----	----	----

MOVILIDAD

18	17	16	15	14	13	12	11
----	----	----	----	----	----	----	----

VESTIBULAR

18	17	16	15	14	13	12	11
----	----	----	----	----	----	----	----

LINGUAL

55	54	53	52	51
85	84	83	82	81

VESTIBULAR

48	47	46	45	44	43	42	41
----	----	----	----	----	----	----	----

MOVILIDAD

48	47	46	45	44	43	42	41
----	----	----	----	----	----	----	----

RECESIÓN

48	47	46	45	44	43	42	41
----	----	----	----	----	----	----	----

RECESIÓN

21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----

MOVILIDAD

21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----

VESTIBULAR

21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----

LINGUAL

61	62	63	64	65
71	72	73	74	75

VESTIBULAR

31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----

MOVILIDAD

31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----

RECESIÓN

31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0 - 1 - 2 - 3 - 9				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO 0 - 1 - 2 - 3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0 - 1						

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(- - -)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL					
BIOMETRÍA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS		

11 DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1					3			
2					4			

FECHA DE APERTURA		FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		CÓDIGO		FIRMA		NÚMERO DE HOJA	
-------------------	--	------------------	--	-------------	--	--------	--	-------	--	----------------	--

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA	
SESIÓN	1				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	2				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	3				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	4				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	5				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	6				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	7				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	8				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	
SESIÓN	9				CÓDIGO	
FECHA					FIRMA	

9.4 Anexo C- Limitaciones para la recopilación de datos.

Imagen 1. Fuente: Historia Clínica MSP

Imagen 2. Fuente: Historia Clínica MSP

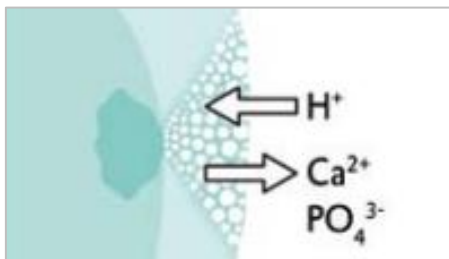


Imagen 3. Fuente: Mahony D., 2012

Imagen 4. Fuente: Historia Clínica MSP

Imagen 5. Fuente: Historia Clínica MSP

9.5 Anexo E – Perfil Epidemiológico de Patologías Bucales.

Tabla 5.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PATOLOGÍAS BUCALES DEL CENTRO DE SALUD N°4 “TANDACATU”. CUENCA 2012.

Patologías	N° Casos	Porcentaje
Caries Dental	320	93,57%
Edentulismo Parcial	145	42,39%
Gingivitis	95	27,78%
Necrosis Pulpar	67	19,59%
Pulpitis Reversible	40	11,69%
Pulpitis Irreversible	37	10,81%
Absceso Apical	30	8,77%
Periodontitis	14	4,09%
*Otras Patologías	57	16,64%
Total Muestra	342	
*Otras Patologías incluyen restos radiculares, fractura dental, pericoronaritis, dientes supernumerarios e impactados, erosión dental, herpes labial, alveolitis y anquilosis		

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Salud “Tandacatu”. Cuenca 2012

Elaboración: Iñiguez M., Méndez D.

9.6 Anexo F – Manual de Historia Clínica Única de Odontología MSP



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Manual de Uso del Formulario 033

**HISTORIA CLÍNICA ÚNICA
DE ODONTOLOGÍA**

Elaborado:

Ministerio de Salud Pública:

Normatización del Sistema Nacional de Salud

Área de Salud Bucal

Subsecretaría Regional de Salud Costa Insular:

Dirección Provincial de Pichincha:

Áreas de Salud de Pichincha

Área No.3 La Tola

Área No.4 Chimbacalle

Área No.5 La Magdalena

Área No.14 Yaruqui

Áreas de Salud Provinciales

Área No.1 Tulcán

Área No.1 Ibarra

Área No.1 Bolívar

REVISADO POR

INTEGRANTES GRUPO Nº 1 CUENCA

AREA 1 PUMAPUNGO

SSC PACCHA
SCS CHALLUABAMBA

AREA 2 MIRAFLORES

CS No. 2
SCS SININCAY

AREA 3 TOMBAMBA

SCS SANTA ANA
CS No. 3

AREA 4 YANUNCAY

PS TANDACATU
SCS VICTORIA DEL PORTETE

AREA 5 GUALACEO

SCS SAN JUAN
CENTRO DE SALUD CHORDELEG

AREA 6 PAUTE HOSPITAL

DE PAUTE CENTRO DE
SALUD EL PAN

INTEGRANTES GRUPO Nº 2 CUENCA

AREA 7 SANTA ISABEL

HOSPITAL FELIX VALDIVIEZO
UNIDAD MOVIL

AREA 8 SIGSIG

HOSPITAL SANSEBASTIAN
SCS SAN BARTOLO

AREA 9 NABON

SCS PROGRESO
SCS COCHAPATA

AREA 10 PONCE ENRIQUEZ

SCS BELLA RICA
SCS SAN GERARDO
HOSPITAL DE GIRON
HOSPITAL MARIANO ESTRELLA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE AZUAY

INTEGRANTES GRUPO Nº 1

AREA 2 PASTAZA
ÁREA Nº 1 PASTAZA
ÁREA Nº 1 NAPO
HOSPITAL BAEZA
SCS. SARDINAS
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE NAPO
CS. Nº 1 NAPO
SCS. COTUNDO

INTEGRANTES GRUPO Nº 6

ÁREA Nº 1, ORELLANA
SCS. CHUNQUIYACU, BOLIVAR
SCS. CALUMA, BOLIVAR
ÁREA Nº 1, ORELLANA
CS. SACHA, ORELLANA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ORELLANA
HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE BOLIVAR
AREA Nº 2. BOLIVAR

INTEGRANTES GRUPO Nº 7

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE CHIMBORAZO
HOSPITAL GUAMOTE, CHIMBORAZO
SCS. SANTA ROSA, CHIMBORAZO
HOSPITAL MIGUEL LEÓN, CHIMBORAZO
ÁREA COLTA, CHIMBORAZO
CS. Nº 3, CHIMBORAZO
CS. Nº4 CHIMBORAZO
SCS. CACHA, CHIMBORAZO
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE COTOPAXI
ÁREA Nº 3, COTOPAXI
ÁREA Nº 4 SAQUISILI, COTOPAXI
ÁREA Nº 5 LA MANÁ, COTOPAXI
CS. LATACUNGA, COTOPAXI
SCS. PULLUPATA, COTOPAXI
SCS. PUJILÍ, COTOPAXI

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA (FORMULARIO 033)

Definición

La historia clínica única de odontología para la atención ambulatoria, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es el instrumento técnico, legal que permite al profesional mantener registro secuencial y organizado de la atención brindada por enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos en el servicio odontológico en todo su ciclo de vida.

Objetivo

Mantener un registro secuencial y cronológico de los datos recopilados del diagnóstico, tratamiento, evolución del progreso y/o variaciones del tratamiento y de las prescripciones efectuadas por el profesional Odontólogo de acuerdo a normas y protocolos de atención.

DESCRIPCIÓN DEL LLENADO

Encabezamiento:

a.- En la primera fila de celdas de color blanco, se escribirá el nombre del establecimiento, nombres, apellidos, sexo, edad y número de la historia clínica, o número de la cédula de identidad del usuario o paciente, datos que serán registrados exclusivamente por el personal de estadística. En los casos de las unidades operativas que no cuenten con este servicio, le corresponderá al profesional llenarlos.

b.- Los profesionales de la salud bucal iniciarán el llenado del formulario 033 - historia clínica única de odontología, a partir de la segunda fila de celdas cuadradas, en la que se marcará **X** en el ciclo de vida que corresponda a la edad del paciente.

1.- En la **Barra No. 1: MOTIVO DE CONSULTA**, Se anotará la causa en versión del informante, (palabras textuales del paciente entre comillas).

2.- En la **Barra No.2: ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**, se registraran los síntomas en el orden secuencial descritos en el motivo de la consulta.

2.1. Para establecer la **evolución o estado actual** del paciente se realizarán las siguientes preguntas:

¿Desde cuándo o cuántos días atrás se presenta el dolor?	Cronología
¿En qué lugar se presenta el dolor?	Localización
¿Qué tipo de dolor siente? pulsátil, continuo, intermitente, punzante, urente (ardor), transfictivo (atraviesa)	Características
¿La intensidad del dolor es fuerte, mediano, débil o no presenta dolor?	Intensidad
¿El dolor es provocado a los estímulos por frío, calor, dulce u otros?	Causa Aparente
¿El dolor se irradia al oído, cara, articulación témporo mandibular, cabeza?	Síntomas Asociados

2.2. De esta manera, se registrará la **Evolución o Estado Actual** de la sintomatología evaluada en el paciente.

2.3. Cuando el paciente no refiere síntomas, se escribirá paciente asintomático.

2.4. Importante, en este ítem no se anotará los signos.

3.- En la Barra No. 3: ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES, Se marcará con **X** en la celda cuadradas a la derecha de la enfermedad, que manifieste el paciente, sea de tipo personal o familiar y, se escribirá en la celda subyacente de color blanco, el número y el nombre de la enfermedad especificando en el casillero correspondiente al paciente o al familiar que el paciente indique, considerándose hasta 3er grado de consanguinidad y primero de afinidad.

3.1. En el caso de no presentar antecedentes se anotará no refiere antecedentes.

3.2. En el caso de observar antecedentes que denoten riesgo es mejor realizar interconsulta médica.

4.- En la Barra No. 4: SIGNOS VITALES, se escribirá en cada una de las celdas a la derecha, los valores que presente el paciente al momento de la toma de: **Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca por minutos, Temperatura en grados centígrados y Frecuencia Respiratoria en minutos (signos vitales).**

4.1. Si se observa valores fuera de lo normal lo recomendable es terminar el registro del formulario 033, solicitar interconsulta y anotar en la columna de prescripciones y colocar la patología en la columna de diagnóstico y complicaciones.

4.2. La toma de signos vitales lo realizará la auxiliar de odontología y en caso de no contar con este personal, lo efectuará el personal de enfermería de la unidad operativa.

5.- En la Barra No. 5: EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, se marcará **X** en la celda a la derecha, la patología diagnosticada y se escribirá en las celdas subyacentes de color blanco, el número y nombre de la enfermedad de la región afectada.

5.1. En el caso, de no presentar patología anotar "Sin Patología Aparente"

6.- En la Barra No. 6: ODONTOGRAMA, Una vez registrado el odontograma no podrá ser alterado (repintados, tachado, aumentado). Por lo tanto, se utilizará para el registro, el **color Azul** para los tratamientos previamente realizados y el **color Rojo**, para patología actual, empleando la **simbología autorizada** que se describe a continuación:

6.1. Cuando se diagnostica **Movilidad:** se marcará **1, 2, 3** dependiendo del **grado de movilidad**, si aplica. (Índice modificado de Miller).

6.2. Cuando se diagnóstica **Recesión**: se marcará **1, 2, 3, 4** dependiendo del grado de recesión, (de acuerdo a la clasificación de Miller), si aplica.


6.3. Se registrará el índice de movilidad y recesión solo en piezas definitivas.


6.4. Cuando existe la necesidad de aplicar sellante en piezas definitivas se marcará *** Asterisco Rojo**, en la pieza seleccionada en el odontograma.

6.5. Cuando se observa el sellante en boca se marcará ***Asterisco Azul** en la/las piezas.



6.6. Cuando se realiza el diagnóstico en el paciente y se detecta la necesidad de realizar una **Extracción**, tanto en dentición temporal como en permanente, se registrará **X Roja**.

6.7. Cuando en el diagnóstico se detecta que el paciente ha perdido piezas definitivas y temporales por caries se marcará **X Azul**.

6.8. En piezas definitivas perdidas por otra causa, que no sea caries, se marcará **X en el centro** y se encerrará en un círculo de **Color Azul**. 


6.9. En pacientes que requiera realizarse una endodoncia se marcará  **Triangulo de Color Rojo**, de acuerdo al nivel resolutivo. Se registrará en el índice CPO como cariada.

6.10. Cuando el paciente viene con la endodoncia realizada se marcará con Triangulo Azul y se registrará en el índice CPO como obturada.

6.11. Cuando en el paciente viene con **Prótesis Fija** se registrará   de **Color Azul**, se registrará en el índice CPO las coronas utilizadas como pónicos sanas y las reemplazadas como perdidas..

6.12. Cuando el paciente viene con **Prótesis Removable** se marcará **(...)** en **Color Azul**. se registrará en el índice **CPO** como perdidas.

6.13. Cuando el paciente viene con **Prótesis Total**, se marcará = de **Color Azul**. En el índice **CPO**, se registrará como perdidas, y no se tomarán en cuenta los terceros molares.+

6.14. Cuando el paciente viene con una **Corona**, se marcará  de color azul, y se registra en el índice CPO, como obturado.

6.15. Cuando se detecta en el diagnóstico piezas con Obturación/es realizadas se pintará **la superficie de color Azul**, en la o las superficies correspondientes (tanto en piezas temporales como definitivas).

6.16. Cuando se realiza el diagnóstico y se detecta caries, se pintará la pieza cariada **con Rojo** en la o las superficie afectada tanto para piezas temporales como definitivas.

6.17. Si una pieza dental restaurada presenta caries al momento del examen, se marcará como pieza cariada.

6.18. En caso de encontrar dientes supernumerarios, este se coloca en el título 11(diagnóstico) y no se considera en el índice CPOD.

6.19. Las piezas temporales sanas perdidas por exfoliación natural, que presenten movilidad y otros, se registrarán como extracción indicada.

6.20. Cuando el paciente acuda a consulta subsecuente y presente nuevas patologías bucales, se anotarán estas en diagnóstico y complicaciones con la frase, no consta en el diagnóstico inicial.

6.21. En dentición mixta se sacarán los indicadores CPOD y ceod.

7.- En la Barra No. 7: INDICADORES DE SALUD BUCAL, en el segmento de **HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA: PIEZAS DENTALES**, se encuentran *registrados los números que representan las piezas dentales seleccionadas, mismas que deberán estar completamente erupcionadas al momento de realizar el examen de Placa, Cálculo y Gingivitis.*

7.1. En la Columna Piezas Dentales se marcará con **X** en cada celda, al lado de cada pieza, para identificar que la pieza ha sido examinada. Se continúa en la misma fila para registrar en números en las columnas contiguas de **placa, cálculo y gingivitis**, el grado de cada problema que el odontólogo llegue a diagnosticar en cada pieza examinada, como se describe en el siguiente ejemplo:

PIEZAS DENTALES						PLACA BACTERIANA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	X	17		55		1	0	1
11		21	X	51		0	0	0
26	X	27		65		1	1	1
36	X	37		75		1	0	1
31		41	X	71		0	0	1
46		47	X	85		1	1	1

7.2. Los parámetros para cada problema se describe en la siguiente tabla:

PLACA BACTERIANA	CÁLCULO	GINGIVITIS
0 = Ausencia	0 = Ausencia	0 = Ausencia de Sangrado
1 = Placa a nivel del tercio gingival	1 = Cálculo Supragingival	1 = Presencia de Sangrado
2 = Placa hasta el Tercio Medio	2 = Cálculo Subgingival	
3 = Placa en toda la superficie de la pieza	3 = Cálculo Sub y Supragingival	

7.3. Cuando la pieza seleccionada en la primera columna, no esté presente en boca, se examinará la pieza de al lado, y se regresará a la primera columna para continuar la secuencia vertical, como se describe en el primer ejemplo.

7.4. En la columna de piezas dentales, cuando se encuentre ausencia de las piezas, se registrará con una raya.

7.5. En las columnas de dientes definitivos, se examinarán seis piezas en total, que pueden corresponder a una de las dos columnas.

7.6. La sumatoria se realizará por columna, de manera vertical y el total se divide para el número de piezas examinadas, y ese resultado obteniéndose que es el promedio, se anotará en la fila de **TOTALES**, tanto para placa, cálculo y gingivitis.

7.7. En las **Columnas de: Enfermedad Periodontal, Mal Oclusión y Fluorosis**, se marcará **X** en la celda a la derecha, de acuerdo a los resultados del diagnóstico.

7.8. En caso de no diagnosticar ninguna patología se anotará una raya.

8.- En la **Columna 8 ÍNDICES CPO-ceo**, Se registrará con números, los datos se obtendrán del **odontograma**, tanto para el índice **CPOD**, que corresponde a piezas definitivas y el índice **ceod**, que se utiliza para piezas temporales.

8.1. En la **Columna Total**, se anotará la sumatoria, realizada en forma horizontal para cada indicador.

9. Simbología descrita en el odontograma.

10.- En la **Barra No. 10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL**: se marcará en la celda al lado derecho **X**, en el tipo de examen que se requiera solicitar: Biometría, Química Sanguínea, Rayos X, u otros, que nos ayuden a confirmar el diagnóstico.

10.1. Planes de Diagnóstico, además se escribirá en las celdas subyacentes el tipo de examen solicitado.

10.2. En **Planes Terapéuticos**, se escribirá en las celdas subyacentes de color blanco los tratamientos clínicos/preventivos/curativos, que necesita realizarse el paciente. Profilaxis, Sellante, Operatoria Dental, Endodoncia, Exodoncia y Medicamentos y antibiótico terapia, etc. Interconsultas y referencia, si el caso lo amerita.

10.3. Los planes terapéuticos se los aplicará de acuerdo a la prioridad de tratamiento.

10.4. En lo que corresponde a **planes educativos**, se describirán las acciones de educación en función del riesgo diagnosticado en el paciente.

11.- En la Barra No. 11 DIAGNÓSTICO, se escribirá en las celdas de color blanco, el diagnóstico y, en la **Columna CIE** registrará el código que corresponde a la enfermedad diagnosticada, y en las columnas **PRE** y **DEF**, se marcará **X** que corresponde a diagnóstico presuntivo o definitivo respectivamente, el orden de registro dependerá de la complejidad y urgencia de tratamiento de la patología encontrada.

11.1. En la celda **Fecha de Apertura**, se registrará la fecha en que se abrió la historia clínica y se hizo el diagnóstico.

11.2. En la celda, **Fecha de Control**, una vez concluido el plan terapéutico se anotará la fecha que el paciente debe regresar para el control.

11.3. En la Celda de **Profesional**, se escribirá el nombre del profesional.

11.4. En la Celda **CODIGO**, registrará el # del código asignado a cada profesional por Control Sanitario del MSP al momento de escribir su título profesional en el Ministerio, donde debe constar libro, folio y número.

11.5. En la celda **Firma**, el profesional suscribe su firma

11.6. En la celda **Número de Hojas** anotará el número de hoja que corresponda.

12.- En la Barra No. 12 TRATAMIENTO. En la columna **DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES**, se escribirá nuevamente el diagnóstico y las complicaciones que presente el paciente.

12.1. En el caso de no presentar complicaciones se recomienda poner “no presenta complicaciones”.

12.2. En la columna **PROCEDIMIENTOS**, se escribirá el código de procedimiento odontológicos respectivo a la actividad realizada (ver nomenclatura de prestaciones odontológicas). Anexo 2

12.3. En la columna **PRESCRIPCIONES**, se escribirán las indicaciones y recomendaciones generales y específicas (ejemplo aplicación de hielo, calor, no ingerir alimentos inmediatamente, etc.). Luego se anotarán los insumos, fármacos con el nombre genérico, describiendo la forma, tiempo de aplicación, cantidad, vía y frecuencia de administración. Se escribirá la fecha de la próxima cita para continuar con el tratamiento. Una vez terminado el tratamiento se escribirá “ALTA”.

12.4. En la columna **Código y Firma**, se escribirá nuevamente el código y firma en las celdas respectivas.

RECOMENDACIONES:

- 1.- Junto con la HCU, para la atención ambulatoria odontológica se debe utilizar y adjuntar los formularios básicos: 001 Admisión; 024 Consentimiento Informado y cuando el caso lo amerite se utilizarán los formularios que el profesional requiera de los que forman parte del Sistema de Información.
- 2.- La historia clínica debe escribirse con letra clara y legible, evitando usar siglas no autorizadas.
- 3.- La historia clínica no debe ser alterada (el odontograma no debe ser repintado ni modificado).
- 4.- El diagnóstico tiene duración de un año calendario. Cuando el paciente regresa después de un año, se volverá abrir una nueva HCU, pero se mantendrá el mismo número de la historia clínica y escribirá el número secuencial en orden ascendente de la hoja.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MANUAL DE USO DE LOS FORMULARIOS BÁSICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA, Quito – Ecuador, 2008.

Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA, Principios, Métodos y Aplicaciones 3ª edición, ELSEVIER MASSON, Barcelona-España, 2005

Secretaría de Salud, Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ODONTÓLOGO DE LA UNIDAD CENTINELA, México, 2003.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA, México- marzo 2004.

Weintraub, Douglass y Gillings, BIOESTADÍSTICA EN SALUD BUCAL 1ª edición en español; Organización Panamericana de la Salud, North Carolina, U.S.A., 1989.

González Barrón S1, Jiménez Corona ME1, Triana Estrada J1, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED; Ureña Ciret JL2, Universidad Intercontinental (UIC); García Hernández Javier3, Facultad de Odontología, Universidad Tecnológica de México, UNITEC; Carrillo Rocha Juan DE Dios4, Universidad Justo Sierra; Rivera Cisneros AE1, Manuell Lee GR, Sánchez González JM1, Tena Tamayo C1. 30 Revista CONAMED, Vol. 8, Núm. 1, enero – marzo, 2003.

ANEXO 1

TEJIDOS DUROS (piezas dentales)

Para determinar el estado de salud de las piezas dentales se han utilizado los criterios establecidos por la OPS, basados en los índices de Klein y Palmer, Radike (26).

Sano.

Un órgano dentario se registra sano cuando no hay evidencia de caries ya sea tratada o sin tratar. Si el diente tiene algún defecto en el esmalte o dentina que no se relacione con la caries dental se le clasifica con el código 0. Los órganos dentarios con los siguientes defectos deberán ser codificados como sanos:

Fosas y fisuras pigmentadas en el esmalte en el que el explorador no detecte un piso reblandecido, esmalte socavado o reblandecimiento de las paredes.

Áreas del esmalte oscuras, brillosas, duras o socavadas que muestren signos de fluorosis moderada o severa.

Manchas decoloradas o ásperas.

Caries.

Se anotará cariado cuando se presenta una lesión, fosetas o fisuras o bien en superficies lisas donde se detecte un piso reblandecido, esmalte socavado, o paredes reblandecidas. Un órgano dentario con una restauración temporal se clasificará como cariado.

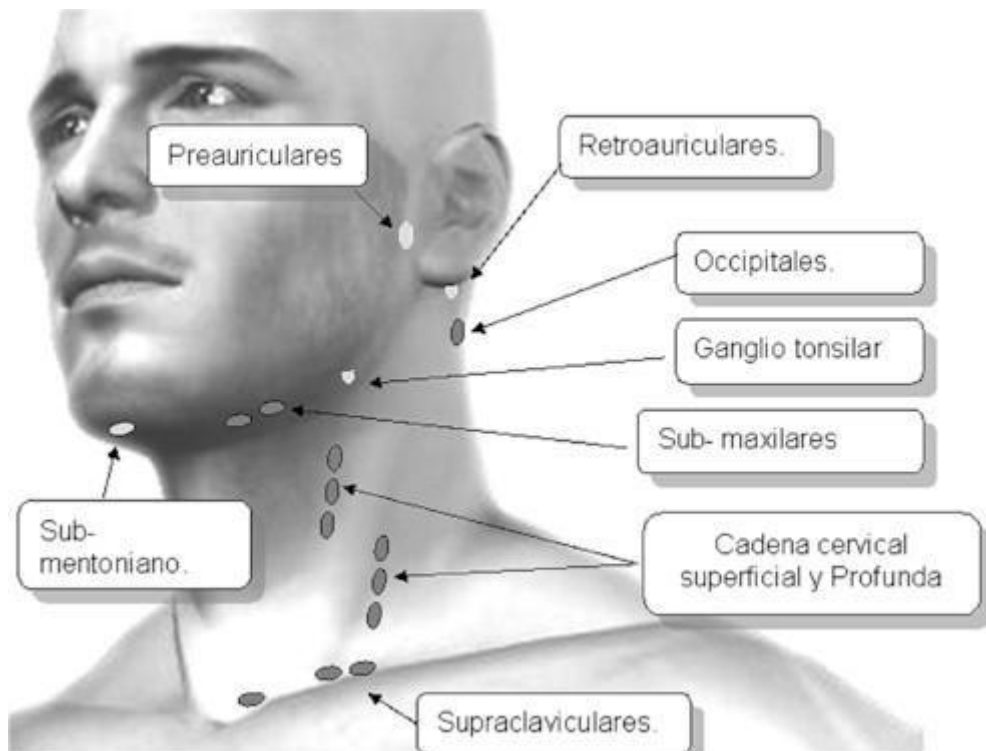
En superficies proximales es necesario que el explorador penetre en la lesión con certeza. Cuando haya duda no se reportará como cariado.

Como realizar el examen del Sistema Estomatognático:

1. **Labios.-** Observar tamaño, color y movilidad, contorno, consistencia de los labios y comisuras, cambios en las características de la piel y mucosas. Describir lo patológico.
2. **Mejillas.-** Se debe evaluar el color, textura, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumor y alteraciones de la sensibilidad.
3. **Maxilar Superior.-** Abriendo la boca y con los dedos índice y pulgar examinar bilateralmente desde la línea media hacia atrás las apófisis alveolares de los maxilares

4. **Maxilar Inferior.-** Se debe realizar un minucioso examen de la cara en la zona articular, así como también de los músculos masticadores, palpando las zonas doloridas. Asimismo se prestará atención a los chasquidos que se producen en el movimiento, así como a las características o limitaciones de los movimientos.
5. **Lengua.-** Examinar forma y movilidad de la lengua, evaluar relación entre tamaño de la lengua y tamaño de la cavidad bucal, examinar en cara dorsal en toda la superficie las papilas, en cara ventral el frenillo lingual, en bordes laterales cualquier anormalidad.
6. **Paladar.-** Examinar tamaño, color, consistencia, de paladar duro, blando en busca de alteraciones en su cierre, como fisuras o alteraciones en la movilidad, evaluar características de la úvula, de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe observando el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas.
7. **Piso de boca.-** Observar en la parte anterior y media las eminencias sublinguales, su forma cilíndrica, horizontales de tejido levemente elevado y que contiene las glándulas sublinguales. Comprobar el flujo normal de saliva de las mismas
8. **Carrillos.-** Inspeccionar conducto parotídeo o de Stenon buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, en forma simultánea realizar palpación de la glándula parótida observando la salida de saliva y las características de esta así como si hay o no edema o alguna alteración, observar la mucosa yugal, surco vestibular, reborde alveolar, frenillos y mucosa en general tratando de detectar cambios de color, textura, consistencia, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumores, alteraciones de la sensibilidad.
9. **Glándulas salivales.-** Se deben examinar todas las glándulas con palpación bimanual. Normalmente no se palpan la parótida ni la sublingual.
 - Glándula parótida: para diferenciarla de músculo masetero hay que pedir al paciente que junte fuerte los dientes. Un aumento de volumen parotídeo puede producir aumento de volumen facial, cervical u orofaríngeo (medialización de la amígdala).
 - Cavidad oral: examinar toda la mucosa oral, el piso de la boca y los conductos excretores (ver el Stenon).
 - Características de la saliva: deben analizarse al exprimir las glándulas.

10. **Oro faringe.-** Exploración o palpación básica utilizada y cuando existen lesiones, se complementa por palpación digital o tacto digital, con la mano enguantada, que permite apreciar mejor la consistencia, la forma, el volumen, la sensibilidad en los pilares, las amígdalas palatinas y pared posterior de la faringe donde se debe observar el color, la forma, lesiones, movimientos y reflejos.
11. **Articulación témporo mandibular (ATM).-** Colocar las puntas de los dedos índices en cada meato acústico externo mientras el paciente hace movimientos de apertura y cierre de la boca, detectar desviaciones al lado izquierdo o derecho, limitaciones de movimientos, ruido, chasquido y presencia de dolor.
12. **Ganglios.-** Examine de manera simultánea, preferentemente iniciando por abordaje posterior y palpando con el dedo índice y del medio de cada mano.
- ✓ Preauriculares (delante del trago de la oreja).
 - ✓ Retroauriculares o mastoideos (sobre la mastoides).
 - ✓ Occipitales, suboccipitales, o nucales (en la base del cráneo).
 - ✓ Ganglio tonsilar o amigdalino (en el ángulo de la mandíbula inferior).
 - ✓ Submaxilar (a media distancia entre el ángulo mandibular inferior y el mentón).
 - ✓ Submentoniano (en la línea media, detrás de la punta del mentón).
 - ✓ Cadena cervical superficial (sobre el músculo esternocleidomastoideo).



ENFERMEDAD PERIODONTAL

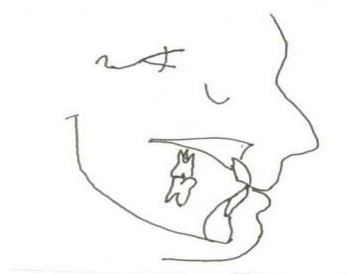
- **LEVE:** Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4mm.Rx.- pérdida ósea horizontal, ligera pérdida del septum interdental, el nivel del hueso alveolar está a 3 o 4mm del área de la unión cemento esmalte.
- **MODERADA.-** Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 a 6mm
- Movilidad dentaria clase I. Rx.- Se puede presentar pérdida ósea horizontal o vertical, el nivel del hueso alveolar de 4 a 6 mm del área de la unión cemento esmalte.
- **AVANZADA.-**Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6mm, movilidad dentaria clase II o III. Rx.-Pérdida ósea horizontal y vertical, el nivel del hueso alveolar está a 6mm de la unión cemento esmalte

MAL OCLUSIÓN:

Mala posición de las piezas dentales no solo en sus relaciones estáticas sino dinámicas, con sus piezas dentales contiguas.

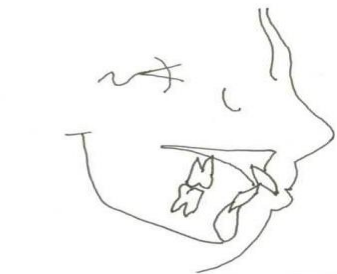
3.1 CLASE I (NEUTROCLUSIÓN) (1, 8,10).

Las oclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior, se ubica en esta clase. El reborde triangular de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula en el surco mesiobucal del primer molar permanente inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo del maxilar superior, y ninguna de las dos está demasiado adelante o atrás en relación con el cráneo.



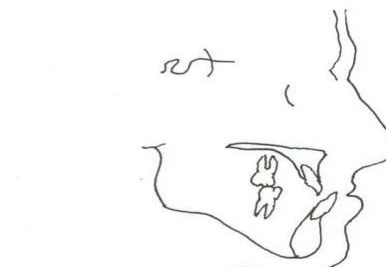
3.2 CLASE II (DISTOCLUSIÓN) (1, 8,10).

Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación "distal" del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente.



3.3 CLASE III (MESIOCLUSIÓN) (1, 8,10).

Las maloclusiones en las que hay una relación "mesial" del maxilar inferior con respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.



FLUOROSIS:

Esta clasificación DEAN modificada.

Leve.-

Las zonas **blancas opacas** del esmalte involucran al menos al 25% pero menos del **50%** de la superficie del diente.

Moderado.-

En esta clasificación el 50% o más de la superficie del diente está afectada por la fluorosis. Las superficies del esmalte que se han reducido pueden aparecer desgastadas.

Severo.-

Generalmente todo el esmalte está afectado por la fluorosis. El principal signo de diagnóstico de esta clasificación es un esmalte con excavaciones separadas y confluentes.

Una de las características para medir la fluorosis dental es que la observación en forma bilateral.

CLASIFICACIÓN DE LAS RECESIONES GINGIVALES DE MILLER

Miller, en el año 1985, realizó una clasificación muy útil de las recesiones gingivales, considerando el porcentaje de recubrimiento radicular que es posible obtener.

Clase I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso ni tejido blando interdental.

Clase II: Recesión que llega hasta línea LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni tejido blando interdental.

Clase III: Recesión que llega hasta la LMG o que la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.

Clase IV: Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión.

En los defectos de Clase I y Clase II se puede lograr el recubrimiento radicular completo (100%) mientras que en las recesiones tipo III solo se puede conseguir un recubrimiento parcial. La recesión tipo IV no es posible el recubrimiento radicular.